

M.D.

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

Anno XX, numero 15 - 10 dicembre 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

FOCUS ON 9

**Le proposte FNOMCeO
per i certificati sportivi**

RIFLESSIONI 14

**Nell'era virtuale la moderna
medicina sta marginalizzando
il corpo del malato**

RASSEGNA 18

**Valutazione del dolore
toracico in Medicina
Generale e Pronto Soccorso**



Paolo Misericordia

Responsabile del Centro Studi Fimmg

**ICT al servizio della
gestione integrata delle cronicità**

Gli strali sull'atto di indirizzo: lacrime di cocodrillo?

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



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

Gli echi della battaglia sull'atto di indirizzo per il rinnovo della Convenzione risuonano come un mantra: "la proposta delle Regioni è inaccettabile perché in netta antitesi con i principi fondanti del ruolo dei medici di medicina generale".

Le critiche più dure vengono proprio dal sindacato che sulla riforma della Medicina Generale ha speso le più grandi energie e ha salutato come una conquista la Legge Balduzzi sulla riorganizzazione delle cure primarie.

Ed è proprio per questo motivo che una così rigida posizione è stata accolta con riserve e scetticismo, anche se accompagnata da dichiarazioni da cui non traspare alcuna mediazione, ma una dura contrapposizione. Durissimo è stato infatti il commento del vice segretario nazionale della Fimmg che in merito alla proposta di rinnovo convenzionale ha definito feudale il sistema delle Regioni che individua nei medici di medicina generale i futuri servi della gleba. Gli fa eco il segretario di Fimmg-Lazio, affermando che l'atto di indirizzo fa "carne di porco" di tutti i principi fondanti del ruolo del Mmg, umiliando la professione e i professionisti che la esercitano.

Ma c'è chi punta il dito, affermando che sia ridicolo acclamare la Legge Balduzzi e poi demonizzare l'atto d'indirizzo che ne è il figlio legittimo, sperando che dal taglio degli sprechi ospedalieri vengano rimpinguati i finanziamenti sul territorio. E propone così la sua "drastica" ricetta: l'abrogazione della legge Balduzzi, perché così "sparirebbero anche le creature mostruose, nate dai suoi parti distocici".

Ma basterebbe davvero abrogare la legge Balduzzi per risolvere i problemi atavici che attanagliano lo sviluppo della Medicina Generale italiana sia a livello sindacale sia professionale? Ai posteri l'ardua sentenza.

Dal nostro piccolo osservatorio privilegiato possiamo però rilevare che forse la strategia messa in campo per rifondare la Medicina Generale è stata un po' un azzardo, una quadratura del cerchio e come tale impossibile da realizzare. Forse pecca un po' di ingenuità pensare che una legge nazionale avrebbe potuto porre rimedio a una frammentazione e diversificazione dello sviluppo dell'assistenza sul territorio e dei professionisti che la esercitano che ha radici sociali e storico-politiche profonde, esasperate da una pasticciata Riforma del Titolo V della Costituzione.

ICT al servizio della gestione integrata delle cronicità



Le nuove tecnologie informatiche possono essere una risorsa per affrontare la sfida delle cronicità. Mettendo a disposizione modalità e soluzioni che facilitano la comunicazione e l'informazione, possono agevolare la presa in carico dei pazienti nei diversi percorsi e livelli di cura. Esistono già sperimentazioni sul campo che sfruttano queste prerogative e *M.D.* al riguardo ha intervistato **Paolo Misericordia**, responsabile del Centro Studi Fimmg, che insieme a Federsanità-Anci hanno dato vita ad un *cloud* per l'integrazione socio-sanitaria

► **Anna Sgritto**

Sono tre le direttrici attraverso cui si sta sviluppando la riorganizzazione del nostro Servizio Sanitario Nazionale: ristrutturazione delle cure primarie, riordino della rete ospedaliera, gestione integrata delle patologie croniche. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle cronicità e la riduzione del finanziamento per il Ssn sono le criticità che hanno reso questo processo ineluttabile e ora tutto si gioca sulla capacità di fare sistema e di far interagire i vari livelli di assistenza e cura. Un banco di prova per sperimentare le effettive capacità di interconnessione tra i vari livelli è senz'altro rappresentato dalla presa in carico delle patologie croniche. La gestione integrata di tali patologie implica non solo il coinvolgimento, ma l'ottimizzazione degli interventi delle cure primarie, dei servizi territoriali e di quelli ospedalieri e in un tale contesto l'utilizzo dei sistemi ICT e di sanità elet-

tronica si sta rivelando una vera e propria risorsa per medici e pazienti e un'opportunità per contenere i costi e allo stesso tempo elevare gli standard di qualità delle cure sia in termini di efficacia sia di risposta assistenziale. *M.D.* su tale problematica ha intervistato **Paolo Misericordia**, medico di medicina generale e responsabile del Centro Studi Nazionale della Federazione dei Medici di Medicina Generale (Fimmg), che è impegnata nell'introduzione di strumenti informatici a supporto dell'attività quotidiana dei Mmg, promuovendo soluzioni orientate al miglioramento dell'assistenza al paziente attraverso tecnologie ICT, come la tele-assistenza e la telemedicina. "Le possibilità offerte dall'ICT e dalla sanità elettronica - tiene a precisare Misericordia - rappresentano sicuramente una risorsa e un'opportunità per tutto il sistema sanitario e in particolare per la gestione del

paziente cronico perché, innanzitutto, mettono a disposizione modalità e soluzioni che facilitano la comunicazione e l'informazione tra primo e secondo livello, ovvero tra livello territoriale e specialistico, realizzando quello che è il primo *step* per una gestione integrata delle cronicità".

► **Secondo i dati di un'indagine condotta dal Centro Studi Fimmg, in collaborazione con Doxapharma, i Mmg, pur utilizzando ampiamente alcuni strumenti ICT, lamentano alcune criticità...**

"La Medicina Generale viene da un periodo di 'sofferenza' professionale che va imputata anche all'accelerazione data all'utilizzo dei sistemi informatici nella pratica quotidiana senza che la professione fosse coinvolta nella definizione dei processi. Pensiamo, per esempio, all'introduzione della certificazione di malattia

online, il rodaggio non è stato affatto facile, anche se oggi possiamo finalmente affermare che i nodi iniziali si sono sciolti e il sistema è a regime. In effetti, i Mmg in merito al processo di informatizzazione della sanità, hanno solo tenuto ad evidenziare quanto le potenzialità delle nuove tecnologie nel supportare la loro attività siano state limitate soprattutto dalla difficoltà di utilizzo di sistemi istituzionali regionali e/o nazionali. Considerando la presa in carico del paziente cronico, la sua gestione oggi potrebbe essere inficiata dalla mancanza di integrazione tra i sistemi informativi delle cure primarie e i servizi territoriali e ospedalieri non sempre informatizzati e raramente messi in condizione di poter dialogare. Proprio per dare una risposta a questa problematica abbiamo dato vita al Nu.Sa, un *cloud* per l'integrazione socio-sanitaria, avviato insieme a Federsanità-Anci".

► Ci può descrivere cos'è Nu.Sa e come è stato possibile realizzarlo?

"Nu.Sa affonda le radici nell'esperienza del *cloud* di medicina generale (NetMedica Italia), ideato proprio dalla Fimmg per sostenere i medici di medicina generale nella gestione dei pazienti, soprattutto negli studi complessi e nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (Aft) che rappresentano la chiave di volta del cambiamento delineato dalla Riforma Balduzzi. L'iniziativa è nata per poter annullare le differenze tra i vari software gestionali dei Mmg che con la loro eccessiva eterogeneità rischiano di creare problemi per la condivisione del dato assistenziale in prospettiva di un lavoro integrato e organizzato per squadre. Il sistema che abbiamo ideato fa in modo che i dati archiviati, estratti dai database ambulatoriali, siano

standardizzati in linguaggio informatico XML e raccolti nel *cloud* dove vengono aggregati, realizzando così un'interfaccia comune della MG che rende possibile la interoperabilità informativa con altre banche dati del sistema sanitario. Praticamente questo sistema ci dà la possibilità di operare con banche dati del sistema specialistico e/o ospedaliero ricevendo per esempio referti, esiti e notifiche su accessi alle strutture di secondo livello e tutte le informazioni raccolte nel Fascicolo sanitario elettronico. Passando dalla teoria alla pratica, abbiamo già realizzato delle schede cliniche condivise su patologie croniche che maggiormente si giovano di un percorso integrato come il diabete, la BPCO, lo scompenso cardiaco, l'ictus. L'adesione 'alla nuvola dati' consentirà a tutti i Mmg delle Aft di accedere alle informazioni del singolo paziente così da avere un quadro più completo della patologia e una gestione più facile. La collaborazione tra Fimmg e Federsanità-Anci è nata proprio dall'esigenza comune di poter integrare nella comunicazione i sistemi territoriali con quelli specialistici e ha dato vita alla Fondazione Nu.Sa, ovvero Nuvola Sanità, che ha lo scopo di sostenere il *cloud* della MG, di quella specialistica e ospedaliera in una prospettiva di forte integrazione operativa tra i vari settori. Attraverso questo *cloud* integrato, infatti, si consente uno scambio dati automatico tra il medico di medicina generale e lo specialista che seguono lo stesso paziente. In pratica quando il paziente va dal suo medico di medicina generale o si reca dallo specialista, a entrambi i medici è data la possibilità di aprire la scheda-paziente e in tempo reale possono essere informati su tutto quello che è stato fatto relativamente alla specifica patologia: esami, prescrizioni, terapie, ricoveri, ecc.

Questo scambio di informazioni avviene nella massima sicurezza. I dati, sia in corso di flusso, sia in fase di archiviazione, sono protetti da un sistema di crittografia 'forte', tutti gli accessi sono tracciati e regolati da una particolare *policy* concordata tra i diversi soggetti coinvolti".

► Ci sono già delle sperimentazioni in atto?

"Il primo territorio dove in maniera strutturata questa iniziativa è stata accolta è la Asl 8 di Arezzo dove il *cloud* a supporto delle Aft, compresa la Continuità assistenziale, è già attivo".

Nuvola Sanità: le finalità

1. Essere un punto di aggregazione della medicina generale, superando la frammentazione attuale
2. Fornire servizi applicativi per la continuità di cura, le nuove forme organizzative delle cure primarie: Aft, Uccp
3. Realizzare la gestione integrata tra cure primarie territorio e ospedale
4. Supportare le reti di patologia, tra cui la rete del dolore e le reti inter-ospedaliere per le patologie ad alta specializzazione
5. Fornire una cartella clinica specialistica integrata agli ambulatori territoriali e ai presidi ospedalieri che ne sono privi
6. Agevolare l'implementazione del Fascicolo sanitario elettronico e dei servizi digitali (ricetta elettronica, certificati) aggregando e unificando le informazioni della Medicina Generale.

www.qr-link.it/video/1513



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

Il medico di famiglia che verrà sarà donna e trentenne

A delineare l'identikit sono i dati analizzati dalla Fimmg formazione Puglia, relativi all'ultimo concorso di accesso al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale rilevati in 16 Regioni

In media hanno 29 anni i vincitori del concorso per l'accesso al corso di formazione in Medicina Generale. L'Abruzzo è la Regione con il primato dei più giovani futuri Mmg di sesso maschile, mentre le donne più giovani sono nel Lazio. Sono questi alcuni risultati di uno studio curato da Fimmg Formazione Puglia, che ha scattato una fotografia dei futuri medici di medicina generale, analizzando le graduatorie regionali dei vincitori del concorso per l'accesso al corso di formazione in MG, svoltosi lo scorso settembre in tutta Italia.

Ad essere in maggioranza sono i medici donna, che rappresentano il 60% del totale dei vincitori contro il 40% dei medici di sesso maschile. Dall'analisi regionale si riscontra che in Piemonte c'è il divario di genere più consistente: 31% uomini verso il 69% donne. Un dato che si ribalta nella Provincia Autonoma di Trento: 60% uomini e 40% donne.

Considerando le fasce di età, dallo studio della Fimmg Formazione Puglia si evince che il 69% dei futuri formandi in MG ha un'età compresa fra i 24 e 29 anni (dato che raggiunge il 95% dei neo-corsisti in Abruzzo); il 21% circa ha un'età fra i 30 e 34 anni (con un picco del 44% in Basilicata); il 6.5% ha fra i 35 e 39 anni (22.2% in Umbria) e il 3.5% ha più di 40 anni (con una impennata di questa percentuale in Sardegna, 12%).

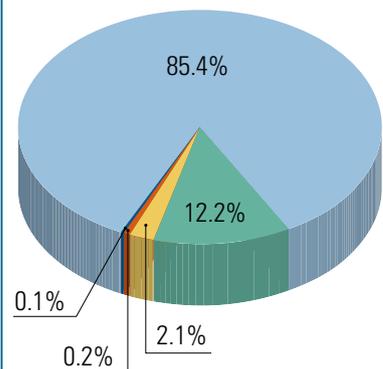
I neo corsisti laureati da meno di

cinque anni sono l'85.4% equamente distribuiti in tutte le Regioni italiane, fa eccezione l'Umbria dove i camici bianchi hanno scelto di accedere al corso di formazione in Medicina Generale dopo 5-9 anni dalla laurea. Ma il primato, con una fortissima presenza di medici laureati da ben 10-14 anni va alla Calabria, il 14% (figura 1). Le borse messe a disposizione nel 2013 per accedere al corso di formazione specifica in MG sono state 924 rispetto alle 981 del 2012, 57 in meno malgrado la richiesta di partecipazione aumenti. Gli aspiranti giovani medici di famiglia sono cresciuti del 21.7% rispetto al 2012.

Figura 1

Anzianità di laurea dei futuri Mmg

- <5 anni
- 15-19 anni
- 5-9 anni
- >20 anni
- 10-14 anni



Fonte: Fimmg Formazione Puglia: "Analisi delle graduatorie dei Concorsi regionali per l'accesso al corso di formazione specifica in MG"

Le proposte FNOMCeO per i certificati sportivi

Secondo le indicazioni stilate dall'Ordine dei Medici, l'Ecg deve essere presente nella documentazione clinica dello sportivo e può essere anche non "contestuale" al rilascio del certificato da parte del Mmg, del pediatra o del medico sportivo

Sembra avviarsi ad una definizione la controversia sull'obbligatorietà o meno dell'Ecg per il certificato medico inerente all'attività sportiva non agonistica, grazie alle indicazioni elaborate dal gruppo di lavoro FNOMCeO, in cui sono coinvolti i rappresentanti degli enti certificatori (sindacati e società scientifiche della Mmg, pediatri e medici sportivi). Secondo questo documento, per i soggetti non a rischio e asintomatici è sufficiente la disponibilità di un elettrocardiogramma nella documentazione clinica anche non contestuale alla certificazione, inoltre, per quanto concerne l'elettrocardiogramma di prevenzione da effettuare sulle persone sane si ribadisce che il pagamento è a carico del cittadino: "(...) il maggior onere economico a carico delle famiglie risulterà limitato agli elettrocardiogrammi eventualmente eseguiti con esclusiva finalità preventiva su pazienti asintomatici in assenza di significativi fattori di rischio, essendo eventuali altri accertamenti necessari in ambito clinico parte del percorso diagnostico terapeutico fruibile in ambito del Servizio Sanitario Nazionale".

Tali indicazioni sono state messe a punto dopo un'ampia discussione che ha tenuto conto dei dati di letteratura, della necessità di promuovere la pratica sportiva in condizioni di sicurezza, della attuabilità dei percorsi diagnostico-certificativi nella realtà professionale e degli aspetti medico-legali inerenti.

► Le osservazioni

Nel documento, che dovrà essere approvato dal Comitato Centrale della FNOMCeO, si osserva che:

- 1.** i dati di letteratura evidenziano la presenza di alterazioni dell'attività elettrica cardiaca rilevabili allo screening elettrocardiografico di base alla popolazione sana, asintomatiche e, in taluni casi, a rischio di gravi aritmie;
 - 2.** non vi sono evidenze in letteratura che indichino in modo diretto il beneficio di tale screening in termini di riduzione della mortalità, tuttavia sono disponibili dati favorevoli in tal senso per gli atleti agonisti valutati con test cardiocircolatorio da sforzo (step test);
 - 3.** la certificazione per l'attività sportiva non agonistica è riferita ad attività a diverso grado di impegno cardiovascolare e che richiedano anche un diverso grado di allenamento con la conseguente necessità di un maggiore livello di attenzione;
 - 4.** non vi sono pertanto sufficienti evidenze per raccomandare un Ecg generalizzato della popolazione sana. Sembrano invece emergere sufficienti elementi per consigliare accertamento elettrocardiografico o di base a soggetti da avviare all'attività sportiva di tipo competitivo;
 - 5.** la certificazione per l'attività sportiva non agonistica deve tener conto anche delle patologie diverse da quelle cardiovascolari, per le quali non sembrano al momento prevedibili procedure di controllo standardizzato su soggetti asintomatici.
- In sede di certificazione il medico dovrà tener conto dei percorsi diagnostici appropriati alla condizione clinica del paziente. Inoltre si rileva la necessità di una circolare ministeriale chiarificatrice in merito alle differenze tra attività sportiva non agonistica e quella ludico amatoriale.

Guidare il cambiamento: un imperativo per la Simg

La nuova organizzazione delle cure primarie e le sue ricadute su formazione e competenze professionali sono state al centro del dibattito del 30° Congresso nazionale della Società Italiana di Medicina Generale, svoltosi a Firenze

La presa in carico delle patologie croniche attraverso l'integrazione tra primo e secondo livello di cura è oramai questione ineludibile per la stessa sopravvivenza del nostro Ssn. C'è quindi l'esigenza di guardare ai vari modelli regionali in un'ottica di sistema. È questo il messaggio lanciato dal presidente della Simg, **Claudio Cricelli**, durante i lavori del 30° Congresso nazionale della Società scientifica, svoltosi di recente a Firenze, che propone il *Chronic Care Model* toscano come modello di riferimento assistenziale in cui la medicina d'iniziativa è al centro del sistema e ospedale e territorio sono strettamente connessi. "L'esempio toscano - ha sottolineato Cricelli - può essere esteso al resto del Paese. Gli attuali criteri di cura sono ormai obsoleti e la figura del medico di medicina generale che lavora con modalità tradizionali è destinata ad esaurirsi visto che si dovrà lavorare in associazione mono e multiprofessionale (Aft e Uccp) secondo quanto indicato dalla Riforma Balduzzi". Ma il cambiamento non spaventa, anzi, i medici Simg sono pronti a guidarlo, forti della loro esperienza trentennale e degli strumenti professionali messi in campo in questi anni che, come ha sottolineato Ovidio Brignoli, vicepresidente della Simg, hanno permesso di costruire un vero e proprio *Primary Care Governance System* e di poter perseguire l'eccellenza delle cure nel rispetto della sostenibilità del sistema.

► Implementare la ricerca

Nel 2007 la Simg ha istituito la Fondazione per la ricerca, con lo scopo precipuo di avere uno strumento idoneo a produrre studi e lavori nell'ambito della Medicina Generale. Durante i lavori del 30° Congresso ne rilancia l'attività inaugurando un nuovo settore che pone l'attenzione sui determinanti di salute, quindi su tutte le situazioni legate allo stile di vita, alle abitudini alimentari e voluttuarie, all'attività fisica e alla scolarità della popolazione italiana e presenta i primi dati di una ricerca denominata LIZ (Liquidi e Zuccheri in Italia) in cui si evidenzia che il 40% degli uomini e il 32% delle donne in Italia non fanno mai attenzione alle calorie assunte con il cibo e le bevande durante la giornata. Solo quando l'ago della bilancia si sposta verso destra cambiano idea. Ma il livello di zuccheri introdotto si mantiene al di sotto della soglia indicata dagli esperti come limite (75 grammi). Gli uomini ne consumano ogni giorno 68 grammi e le donne 66 grammi (il saccarosio aggiunto rappresenta solo il 10% degli zuccheri totali). E solo poco più dell'1% dell'apporto calorico giornaliero deriva dalle bibite gassate. Modificando alcuni 'determinanti' - precisa Brignoli - possiamo incidere sulla salute dei pazienti, prima di ricorre ai farmaci. Abbiamo realizzato un network composto da 500 medici di famiglia che, in maniera strutturata, raccoglierà questi dati, inserendoli in un database dedicato".

www.qr-link.it/video/1513



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

L'assistenza integrativa piace a chi ce l'ha, ma è sconosciuta ai più

Cresce il numero degli italiani che per l'assistenza sanitaria si rivolge a strutture private, ma solo pochi hanno un'assistenza integrativa che ne copre le spese

Aumenta sempre più il numero degli italiani che fa ricorso a strutture private per l'assistenza sanitaria: a confermarlo sono i risultati di due recenti ricerche, una del Censis e l'altra di GfK Eurisko.

I dati della ricerca: "Gli Italiani e l'assistenza sanitaria integrativa", commissionata da ASSIDIM a GfK Eurisko e presentata di recente a Milano, evidenziano che oltre la metà degli italiani che nell'ultimo anno hanno usufruito di prestazione sanitarie si è rivolta a servizi privati, ma di questi solo il 15% ha una copertura integrativa. Entrando nello specifico della ricerca, l'81% degli italiani over 30 mediamente avrebbe usufruito di 3 servizi/prestazioni sanitarie nell'ultimo anno. In questo scenario il servizio privato si integra all'offerta del pubblico: sono oltre la metà (55%) gli italiani che si rivolgono anche ai servizi privati. Ci si rivolge al privato per evitare lunghe liste d'attesa, ma anche per consultare uno specifico medico o un Centro specializzato e all'avanguardia. Solo il 15% ha un'assistenza integrativa che copre le spese sanitarie, e in 2/3 dei casi si tratta di un benefit offerto dalla propria Azienda. C'è però scarsa conoscenza su questa forma di assistenza: oltre il 60% non ne è a conoscenza o non sa della possibilità che possa essere sottoscritta dall'azienda per i propri impiegati.

Quasi tutti (84%) apprezzerrebbero che la propria azienda la offrisse

come *benefit*. Nelle prefigurazioni quasi la metà degli intervistati attribuisce all'assistenza integrativa un impatto positivo sulla percezione di sicurezza e benessere e sull'orientamento alla prevenzione.

► La ricerca del Censis

A confermare questa situazione sono anche i risultati della ricerca RBM-Salute del Censis, in collaborazione con Previmedical: "Scenari evolutivi per il welfare integrativo", secondo cui cresce il numero degli italiani che ricorrono alle cure private e all'intramoenia. Sono 12.2 milioni gli italiani che hanno aumentato il ricorso alla sanità a pagamento. Il 20% si è dichiarato disposto a spendere una somma annuale pari in media a 600 euro per una copertura sanitaria integrativa di alcune prestazioni, percentuale che sale tra le famiglie con figli (23.4%). Ma al momento solo sei milioni di italiani hanno aderito ad un fondo sanitario integrativo e si dichiarano soddisfatti della copertura offerta. Malgrado ciò, l'indagine rileva un buco informativo sulla assistenza integrativa. Complessivamente, il 68% degli italiani non ha mai sentito parlare di sanità integrativa (33%), o ne ha sentito parlare ma non sa cosa sia esattamente (35%). Il 53% dei cittadini non conosce la differenza tra una polizza malattia e un fondo sanitario integrativo e il 57% non sa che questi comportano un vantaggio fiscale rispetto alle polizze malattie.

L'importanza di sapere “come sta” la comunità

Con gli esami di laboratorio e i referti clinici capiamo lo stato di salute del paziente. Similmente, con il “referto epidemiologico”, potremo conoscere e migliorare lo stato di salute dell'intera comunità

Valerio Gennaro*

IRCCS Azienda Ospedale Università San Martino, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro (IST), Genova

Sorprende il fatto che oggi si sappia ancora così poco dello stato di salute complessivo di una comunità. Ad esempio non si sa in tempo reale se una popolazione, sia essa gruppo di lavoratori o di residenti in un determinato territorio, viva in una situazione soddisfacente oppure critica dal punto di vista sanitario.

► Cos'è il referto epidemiologico?

Con un appropriato esame di laboratorio, ematologico, radiologico o di altra natura, il medico può capire lo stato di salute del singolo paziente; potrà così formulare una corretta diagnosi e individuare la cura più efficace. Analogamente, mediante il referto epidemiologico (RE), ovvero con un esame epidemiologico basato sulle principali informazioni relative a tutti i malati di una popolazione in un preciso periodo di tempo, l'epidemiologo potrà diagnosticare lo stato di salute dell'intera comunità.

Il referto epidemiologico si basa sul “conteggio” di tutti i deceduti e dei nuovi malati (es. malformazioni

neonatali, complesso dei deceduti, complesso dei tumori ecc.) diagnosticati in una specifica comunità come può essere un gruppo di lavoratori o i residenti in particolari aree in un ben definito periodo di tempo. Saranno considerati tutti i casi sulla base dell'età, del genere, dell'area geografica, del periodo e di altre caratteristiche. I valori osservati dovranno poi essere confrontati con il valore atteso proveniente da una popolazione standard. Se la differenza tra questi due valori risulterà superiore a 1, significherà che siamo in presenza di un eccesso di casi osservati, cioè che il fenomeno è più frequente del previsto. A questo punto, con altri specialisti, dovranno essere indagate casualità e causalità dell'evento.

L'utilizzo di questi dati, se adeguatamente aggiornati, potrebbe permettere di identificare eventuali criticità, di origine ambientale, lavorativa o sociosanitaria e intervenire su di esse. Ciò aiuterebbe ad individuare tempestivamente le soluzioni, migliorando la qualità di vita dei cittadini, salvando molte vite e risparmiando risorse economiche utilizzabili altrove, magari proprio per attivare una efficace prevenzione primaria, rimuovere le cause di queste malattie ed evitare analoghe epidemie.

► Mmg e referto epidemiologico

La realizzazione di un referto epidemiologico non è così complessa. Infatti i dati in Italia esistono già e sono presenti negli assessorati alla salute, nelle Asl, negli ambulatori medici e negli ospedali, già informatizzati, codificati e riferiti a ogni individuo che abbia avuto contatti con strutture socio-sanitarie. Attualmente tali dati non sono utilizzati in modo sistematico e applicato all'epidemiologia, ma servono solo per scopi amministrativi, economici e statistici. In questo contesto il Mmg potrebbe svolgere un ruolo cruciale, sia come attore (fornitore di dati relativi alla sua esperienza), sia come utente, perché questo strumento potrebbe consentirgli una maggiore conoscenza della situazione da cui proviene il paziente che ha in cura, favorendo la diagnosi e offrendo utili elementi per agire in ambito preventivo, oltre che avere un ruolo di verificatore dei dati di sua competenza.

**Medico epidemiologo, specialista in Oncologia, Igiene e Medicina Preventiva, ha acquisito il Post Doc in Environmental Health Sciences (JHU, USA)*

www.qr-link.it/video/1513



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

Il corpo scomparso

A dare informazioni sullo stato di benessere di una persona sono proprio i segnali trasmessi dal e con il corpo; il corpo reale, non quello virtuale dell'*imaging*, degli esami emato-chimici o della telemedicina

Giuseppe Maso

Insegnamento di Medicina di Famiglia, Università di Udine

L'organizzazione della medicina moderna, la divisione della cure in specialità e sottospecialità mediche, l'utilizzo trionfante della tecnologia e i programmi di formazione dei futuri medici nelle nostre università mi hanno indotto a chiedermi quale sia oggi il rapporto che i medici hanno con il corpo dei pazienti. La risposta al quesito non è semplice, soprattutto per un medico di famiglia, quale io sono. La mia professione, infatti, si basa soprattutto sulla continuità della cura e cioè su innumerevoli, continuativi contatti (per lo più brevi) fra me e i miei pazienti. Per lo più sono incontri con "problemi" esposti dalle persone che si affidano a me per una soluzione. Solo qualche volta questi problemi riguardano il corpo, anzi, il corpo è frequentemente utilizzato per mandare messaggi attraverso somatizzazioni che indicano difficoltà esistenziali, sociali, affettive, lavorative, ecc. Mi sono subito reso conto, appena ho cominciato a pensarci, di quanto poco noi medici conosciamo e pensiamo al corpo nella sua interezza e come questa entità sia in questi tempi così poco presa in considerazione. Sembra un paradosso, ma nell'esperienza formativa di un medico il corpo sembra non esistere. Il piano di studi inizia con le scienze di base

*"Ma perché - disse -
le lacrime danno sollievo?
Mi sembra che dovrebbero
dare l'effetto contrario."
"Figlio mio, tutto è fisico in noi
- disse il buon vecchio -
e tutto ciò che gli dà sollievo,
dà sollievo anche all'anima:
siamo le macchine
della Provvidenza".
(Voltaire - L'ingenuo)*

(chimica, fisica), con informatica, inglese ed economia e continua con biochimica, biologia molecolare, genetica medica e biologia cellulare. Il secondo anno di studi si caratterizza per istologia, embriologia, biofisica, fisiologia umana, neuroanatomia e patologia generale. Da qui in poi fino alla fine del corso di laurea non si incontra mai una persona o un corpo, ma si incontrano organi. Si studia il loro funzionamento, le loro malattie, le tecniche e i farmaci da utilizzare per curarli quando sono ammalati. Si possono incontrare sindromi, mai persone. La somma di tutti gli organi non fa una persona e anche in medicina, l'osservazione dei pezzi di un *puzzle* difficilmente può darci l'idea dell'insieme. Un insieme che non è qualcosa di definito, ma rappresenta un'entità dinamica, inserita a sua

volta in un contesto di rapporti con l'ambiente, con la società, con le idee, con le credenze e con i sentimenti. In parole povere un corpo vivo. Raramente uno studente pensa a un organo come a un componente di un essere "che vive". Proprio per questo il suo approccio futuro a un paziente sarà di tipo organistico e non "organismico". Questo tipo di approccio sarà rinforzato dalla formazione specialistica e dalla organizzazione del sistema di erogazione delle cure basate sulla divisione di compiti (per organi) e sull'ospedale a sua volta diviso in reparti che sono, ancora, la metafora del corpo diviso per organi.

► L'approccio globale e la medicina virtuale

Non è da molti anni che, quando visito un paziente, guardo il suo corpo come un *unicum*. Anch'io sono nato specialista e sono stato formato alla valutazione e allo studio degli organi. A dire il vero non ho fatto il nefrologo (la mia prima specialità) perché mi ero reso conto che ormai osservavo il troppo piccolo, non vedevo una persona, ma immaginavo il suo sistema di filtrazione, ero alla metafisica del glomerulo. Ricordo il periodo in cui studiavo semeiotica medica e ricordo i vecchi maestri

(generazione ormai scomparsa) che cercavano di insegnare un approccio globale al malato che comportava un contatto fisico con il corpo del paziente, un modello di visita in cui i cinque sensi del medico erano completamente coinvolti. Ma la tecnologia e la moltiplicazione delle cattedre hanno reso questo modello superato. Tra il corpo del paziente e quello del medico si sono introdotti gli strumenti attraverso cui ci sono forniti dati che ci fanno immaginare funzioni, organi e sensazioni di benessere o malessere senza che si senta la necessità di toccare o vedere/osservare il corpo del paziente. Ormai è il paziente stesso a pensare che una batteria di esami ematochimici basti a definire il suo stato di salute e spesso si meraviglia se gli chiediamo di spogliarsi per farsi visitare. Ma un corpo virtuale come quello espresso da strumenti non ha nulla a che vedere con un corpo reale; il virtuale non si atteggia, non si esprime, non ha odore, non ha consistenza, non si difende, non ha pudore, non ha sensazioni e non porta con sé i segni del quotidiano. Nient'altro può darci informazione sullo stato di benessere di una persona che il suo corpo. È scontato che il corpo cambi con il trascorrere del tempo e l'organizzazione delle cure mediche tiene ben conto di questo. Esistono infatti: la neonatologia, la pediatria, la geriatria e la gerontologia. Ma le età della vita non sempre coincidono con l'età anagrafica. Esiste un corpo percepito e un corpo anagrafico inquadrato nei vari livelli di cura. Ogni persona ha una propria considerazione del suo stato fisico che è strettamente legata al modo che essa ha di concepire l'esistenza. Spesso la percezione del paziente e quella del medico differiscono di

molto. È quindi assolutamente necessario che il medico tenga presente il punto di vista del paziente, perché questo è sempre determinante per la cura della persona nella sua globalità ed è decisivo per la qualità del rapporto medico-paziente, con ovvie ricadute sulla *compliance* e sull'esito di qualsiasi cura. Quello che è scontato per il medico può non essere scontato per il paziente. Questo può accettare di vivere con un deficit funzionale di qualsivoglia natura o può non accettare uno stato di "normalità" e desiderare di intervenire sul suo corpo per motivi estetici o perché non accetta il suo stato di genere. Il trascorrere del tempo ha un vissuto soggettivo e di questo dobbiamo tenerne conto. Soprattutto nei confronti del corpo degli anziani l'atteggiamento del medico è spesso variabile, i motivi sono diversi: il corpo dell'anziano è il guscio di una persona di un'altra epoca con valori ed esperienze diverse; è poco attraente, spesso ripugnante e noi tutti viviamo in una società edonistica; è un *memento mori* da cui fuggiamo, è un'entità sconosciuta, a cui non siamo abituati e per cui non siamo stati formati. I geriatri hanno ragione quando accusano parte della medicina di *ageism*. Ogni essere umano a qualsiasi età percepisce se stesso come un essere che vive nel presente: ha valori, sentimenti, percezioni, sensazioni ed emozioni inserite nel presente. In ogni persona, anche morente, c'è un essere che sta vivendo il presente, non sta vivendo né il passato né il futuro.

► La percezione

La percezione del proprio corpo è molto variabile, dipende dall'educazione, dall'ambiente, dai modelli

proposti e dai valori di ciascuno. Proprio per questo la percezione che il medico ha del corpo del paziente frequentemente non coincide con quella di quest'ultimo. Grasso, magro, bello, brutto sono per buona parte delle persone valori soggettivi. Malgrado esistano valori di riferimento scientifici questi, la maggior parte delle volte, non bastano a far cambiare la percezione che il paziente ha di sé; noi medici sappiamo bene quanto sia difficile far cambiare abitudini alimentari e far perdere peso a una persona se questa prima non ha cambiato la percezione che ha di sé. E nessun paziente cambierà l'idea di sé se il medico non avrà instaurato con lui un rapporto profondo. L'arte di instaurare questo rapporto è l'essenza della medicina. Nessun parametro chimico, fisico o farmacologico potrà mai sopperire l'assenza di questo rapporto. Anche il corpo del medico non è un'entità neutrale. Allo stesso modo di quello del paziente i sensi del medico sono attivi e trasmettono messaggi attraverso il corpo. Se il paziente si allontana all'avvicinarsi del medico manda un chiaro avviso di difesa, non vuole che si entri nella sua intimità, non vuole essere toccato, lo stesso se il medico si allontana all'avvicinarsi del paziente non desidera instaurare alcun rapporto che lo coinvolga più di tanto. Prima di ogni altro indizio, sono proprio i segnali del corpo a darci informazioni sullo stato di benessere di una persona. Il corpo può essere ferito, piagato, deformato, edematoso, caldo, freddo, mobile, immobile, tumefatto, contratto, bagnato o asciutto; il corpo reale non è quello virtuale dell'*imaging*, degli esami emato-chimici o della telemedicina.

“I numeri del cancro in Italia” edizione 2013: qualche buona notizia

Aumenta il numero di italiani guariti dal cancro. In particolare cresce del 10% la percentuale degli uomini guariti a 5 anni dalla diagnosi. Dai nuovi dati emerge che in Italia sono attualmente 2 milioni e 800mila le persone che vivono con una precedente diagnosi di tumore; erano quasi 1.500.000 nel 1993 e 2.250.000 nel 2006. La sopravvivenza a 5 anni è raggiunta da oltre la metà dei casi, il 57%

Livia Tonti

Alcune buone notizie provengono dalla pubblicazione “I numeri del cancro in Italia 2013”, che fotografa l’universo cancro in tempo reale grazie al lavoro dell’Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) e dell’Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), presentato nell’ambito del XV Congresso Nazionale AIOM. La pubblicazione è realizzata con il contributo di tutte le oncologie italiane (oltre 300) e della rete di Registri tumori italiani riuniti nell’AIRTUM. In Italia il miglioramento nei tassi di guarigione è evidente in alcune neoplasie frequenti come quelle della prostata (91%), del seno (87%) e del colon-retto (64% uomini e 63% donne) (tabella 1). Le percentuali di guarigione sono ancora basse nelle persone con cancro del polmone (14% uomini e 18% donne) e del

pancreas (7% e 9%). Il tumore più frequente è quello del colon-retto, con quasi 55.000 nuove diagnosi, seguito da quello della mammella (48.000), del polmone (38.000, quasi il 30% nelle donne) e della prostata (16%). La riduzione della mortalità è statisticamente significativa per la totalità delle neoplasie in entrambi i sessi. In particolare si è registrato un calo del 17% negli uomini e del 10% nelle donne tra il 1996 e il 2007. Per quanto riguarda le realtà geografiche si registrano ancora differenze: il tasso di incidenza è, per il totale dei tumori, più alto del 26% al Nord rispetto al Sud e del 7% più alto al Centro rispetto al Meridione. Il beneficio del Sud è in graduale riduzione per un processo di omogeneizzazione degli stili di vita. Per quanto riguarda la sopravvivenza, anche se con differenze meno elevate rispetto agli anni precedenti, si mantiene ancora uno scarto Nord-Sud a sfavore delle aree meridionali.

Il volume “i numeri del cancro”, scaricabile dal sito dell’AIOM (www.aiom.it), verrà distribuito in tutte le oncologie italiane, negli assessorati e nelle Istituzioni nazionali.

Tabella 1

Sopravvivenza (%) relativa a 5 anni dopo la diagnosi dei primi 5 tumori più frequentemente diagnosticati e per periodo di incidenza

Sede	1990-1992	1993-1995	1996-1998	1999-2001	2002-2004	2005-2007
Uomini						
• Prostata	62	70	79	85	89	91
• Polmone	10	11	12	12	13	14
• Colon-retto	50	53	57	58	60	64
• Vescica	72	73	76	77	79	80
• Stomaco	25	28	30	31	31	34
Donne						
• Mammella	78	80	83	85	86	87
• Colon-retto	51	55	58	58	61	63
• Polmone	12	13	16	16	17	18
• Utero corpo	73	74	75	76	76	77
• Tiroide	81	84	89	91	93	96

Mod. da: I numeri del cancro in Italia 2013

www.qr-link.it/video/1513



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

Valutazione del dolore toracico in Medicina Generale e Pronto Soccorso

Il dolore toracico è il sintomo più frequente e caratteristico della SCA ed è spesso causa di ricovero inappropriato e di dimissione erronea. Molto importante è quindi la prima valutazione del paziente che riferisce tale sintomo per una valutazione diagnostica rapida e precisa e un processo di gestione adeguato

Antonio Ferrero
Maria Teresa Spinnler
SC Cardiologia, Ospedale S. Croce
Moncalieri ASL TO 5

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di mortalità e di morbilità in Italia e nei Paesi industrializzati. All'interno di questa categoria, le sindromi coronariche acute (SCA) occupano un posto di rilievo per frequenza e gravità: ogni anno, infatti, il 43% circa dei decessi è causato da SCA e, in particolare, si verificano annualmente 150.000 nuovi casi di infarto miocardio acuto.

Il dolore toracico (DT) è considerato il sintomo più frequente e caratteristico della SCA e per tale ragione è stato preso come sintomo di riferimento tanto dal personale sanitario che dalla popolazione generale, per individuare precocemente l'insorgenza. È doveroso osservare che altre patologie acute gravi e potenzialmente letali, quali la tromboembolia polmonare (TEP) o la dissecazione aortica (DA) si manifestano sovente con DT.

Di conseguenza, questo sintomo è uno dei più frequenti motivi per cui i pazienti si presentano all'osservazione del Medico o in pronto soccorso (PS), e impone una valutazione diagnostica rapida e precisa e un processo di gestione adeguato. Va rile-

vato come esista una sensibile differenza fra le cause di DT in diversi contesti clinici e assistenziali (tabella 1) e la differente prevalenza di patologia causa di DT, a seconda che ci riferisca a pazienti afferenti all'ambulatorio del Mmg, al mezzo di soccorso avanzato (MSA) o al PS.

Molto importante è quindi la prima valutazione del paziente che riferisce dolore toracico, effettuata attraverso il triage. Uno dei principali obiettivi del triage è quello di ridurre i tempi che intercorrono fra la presentazione del paziente e la diagnosi definitiva con impostazione della terapia.

In ambito ospedaliero (PS DEA) per arrivare alla diagnosi si utilizza la valutazione clinica (anamnesi, esame fisico), con l'ausilio di esami strumentali ed ematochimici (ECG, RX torace, marker di necrosi, ecocardiogramma e test provocativi). Ma la prima valutazione, effettuata dal medico di triage che attribuisce al paziente un codice di gravità e di priorità, metodologicamente non differisce da quella del Mmg posto di fronte a un paziente che lamenta DT pregresso o in atto.

Sono in questo contesto fondamentali l'anamnesi, con la presenza e l'associazione di fattori di rischio cardiovascolare e un'attenta valutazione dei sintomi che possono presentarsi in forma più o meno tipica. Gli studi hanno dimostrato che l'associazione di età avanzata, sesso maschile e sintomatologia anginosa tipica aumenta esponenzialmente la possibilità che il paziente abbia una SCA. In ambito ospedaliero vengono utilizzati protocolli di valutazione che prevedono

Tabella 1

Eziologia del dolore toracico in relazione al contesto clinico-assistenziale (%)

Eziologia	Mmg	Centrale 118	Equipaggio ambulanza	DEA
• Cardiaca	20	60 ←	69 ←	45 ←
• Muscolo-scheletrica	43 ←	6	5	14
• Polmonare	4	4	4	5
• Gastrointestinale	5	6	3	6
• Psichiatrica	11	5	5	8
• Altro	16	19	18	26

l'utilizzo combinato di elettrocardiogramma e marcatori di necrosi miocardica seriati ed eventualmente ecocardiogramma.

L'ECG rappresenta uno strumento semplice e relativamente efficace nelle prime fasi del percorso diagnostico ospedaliero, tuttavia va tenuto presente che la sensibilità di quest'esame è piuttosto bassa: infatti, solo il 40-50% dei pazienti con SCA mostra alterazioni diagnostiche elettrocardiografiche alla presentazione in PS e il 10% dei pazienti con SCA può non presentare alcuna alterazione dell'ECG in tutto il decorso ospedaliero.

Quando il tracciato non è diagnostico, è necessario registrare ECG seriati, o monitorare il paziente a 12 derivazioni.

Per quando riguarda l'utilizzo dei marker di danno miocardico, va considerato che il parametro ematochimico ideale dovrebbe essere presente nel miocardio in alte concentrazioni, non essere dosabile in altri tessuti e nel siero, essere rilasciato rapidamente in circolo dopo un danno miocardico, e persistere nel sangue per un tempo sufficiente a fornire una finestra diagnostica adeguata. Si avvicinano a tali standard l'isoenzima MB della creatinofosfato chinasi (CK MB) e le troponine I e T cardiache che, non essendo presenti in altri tessuti, hanno un elevato grado di specificità cardiaca (il che non significa specificità ischemica).

In ogni caso il primo passo della valutazione, specialmente in ambito ambulatoriale, rimane quello clinico, fondato da un lato sulle caratteristiche del DT riferito dal paziente, dall'altro sulla probabilità a priori che quel dato paziente con quel certo tipo di DT abbia una SCA (o un patologia a rischio).

Le caratteristiche del DT toracico tipico o sospetto per SCA sono così riassumibili:

- dolore retrosternale o interscapolare

(meno frequentemente epigastrico)

- ingravescente, subentrante
- irradiazione al braccio sinistro o mandibola

- non modificazione con movimenti o atti respiratori

- associato a sintomi e segni di allarme clinico quali ansia, dispnea, lipotimia o perdita di coscienza, cute fredda e sudata, turgore giugulare

Altro elemento imprescindibile è la conoscenza delle possibili cause di DT che possono schematicamente essere classificate come:

1. cardiaco coronarico (SCA)
2. cardiaco non coronarico (dissecazione aortica, pericardite)
3. non cardiaco (cutaneo, pleuropolmonare, muscolo-scheletrico, gastroesofageo).

In base alle caratteristiche del DT e dei sintomi e condizioni associate, è possibile assegnare un punteggio di probabilità circa la possibile natura ischemica o comunque minacciosa del DT. Questa operazione, relativamente semplice e che non richiede strumentazioni particolari, può essere effettuata tanto dal Mmg che dal medico di triage in PS.

In *tabella 2* si può osservare uno score di probabilità fra i più efficaci e comunemente usati.

Per valutare l'efficacia delle procedure di triage basate sull'indagine anamnestica relativa alle caratteristiche cliniche e anamnestiche sopradescritte e il decorso dei pazienti affetti da DT afferenti a un PS sono state analizzate, previa autorizzazione della Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero, le cartelle relative agli accessi presso il PS di Medicina dell'Ospedale S. Croce di Moncalieri (ASL TO 5) in un periodo di 2 mesi.

In questo lasso di tempo sono stati visitati 1297 pazienti (30% maschi, 70% femmine); di questi il 7% si è presentato per dolore toracico (DT) (*figura 1*). In questo sottogruppo di soggetti è

Tabella 2

Score per la probabile origine del dolore toracico

Localizzazione	Punti
• Retrosternale, precordiale	+3
• Emitorace sx, collo, mandibola, epigastrico	+2
• Apex	-1
Carattere	
• Oppressivo, strappamento, morsa	+3
• Pesantezza, restringimento	+2
• Puntorio, pleurítico, pinzettante	-1
Irradiazione	
• Braccia, spalla, posteriore, collo, mandibola	+1
Sintomi associati	
• Dispnea, nausea, sudorazione	+2
Risultato	
Score <4 = dolore atipico, bassa probabilità di angina pectoris	
Score >4 = dolore tipico, probabilità intermedia-alta di angina pectoris	

stata posta diagnosi di SCA (angina/infarto miocardico con sottolivellamento ST - NSTEMI/infarto miocardico con sopralivellamento ST - STEMI) nell'8% dei casi.

Il rimanente 92% dei pazienti manifestava dolore toracico che al termine degli accertamenti non si è rivelato essere di natura coronarica (*figura 2*). Al 92% dei pazienti con DT rivelatosi

Figura 1

Accessi in Pronto Soccorso

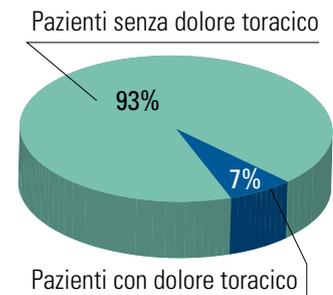
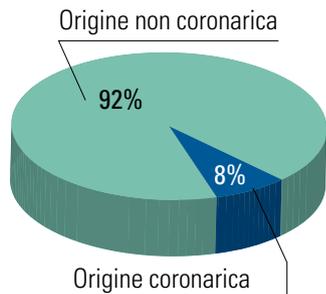


Figura 2

Origine del dolore toracico



non coronarico è stato attribuito, al momento del triage, codice verde nel 67% dei casi e codice giallo nel restante 33%.

A nessun paziente di questo gruppo è stato attribuito codice rosso. È da osservare che l'11% di questi pazienti è stato comunque ricoverato presso il reparto di Medicina Interna per patologia di altro genere (pleuropolmonite, insufficienza respiratoria, embolia polmonare) (figura 3).

I pazienti con DT di natura coronarica sono stati viceversa ricoverati nel 92% dei casi, la maggioranza dei quali (85%) in Unità di terapia intensiva coronarica o cardiologia e il rimanente 15% in Medicina Interna) (figura 4).

Una piccola parte di questi pazienti (8%) è stata dimessa dopo ottimizzazione della terapia, essendo stata confermata l'origine coronarica del disturbo, ma al contempo esclusa una SCA. In questo gruppo di pazienti è stato attribuito nel 16% un codice rosso e nell'84% codice giallo; nessuno è stato etichettato come codice verde o bianco (figura 5).

Da questa osservazione si può rilevare come la percentuale di pazienti afferenti al PS per DT sia piuttosto consistente, pari al 7% circa del totale, contro dati della letteratura che indicano una percentuale media del 5-5.5%. Se si considera il numero di "passaggi" del PS Medicina oggetto

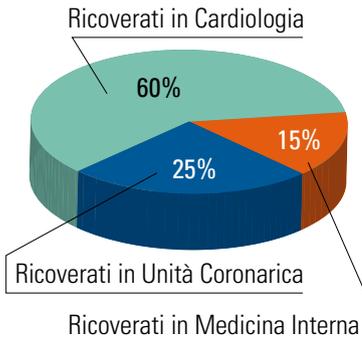
dell'osservazione si ricava che ogni giorno 8-9 persone vengono accolte e valutate per tale causa.

Va inoltre considerato che la nostra osservazione ha preso in considerazione la specifica diagnosi "dolore toracico" e di conseguenza ha "perso" i pazienti che sono stati codificati *ab initio* come infarto miocardico acuto o dissecazione aortica, i quali, di fatto, non rientravano nella nostra attenzione, che era concentrata proprio sul primo inquadramento e successivo percorso del paziente con DT, ma con diagnosi non ancora definita. Nell'elaborazione dei dati si nota innanzitutto come in questo gruppo di pazienti solo una minoranza fosse affetta da una SCA (8%), mentre la stragrande maggioranza dei pazienti presentatisi per DT (92%) non aveva patologie minacciose per la vita, anche se si è comunque reso necessario il ricovero nell'11% dei casi.

Il sottogruppo di pazienti con SCA risulta essere correttamente etichet-

Figura 4

Ricovero dei pazienti con DT di origine coronarica



DT: dolore toracico

tato con codice d'urgenza (rosso 16%, giallo 84%) e nessun caso di questo gruppo risulta essere stato sottostimato come gravità, con attribuzione di codici inferiori. Coerentemente alla valutazione iniziale questi soggetti sono stati avviati nella grande maggioranza dei casi (85%) al ricovero in UTIC, mentre solo un'esi-

Figura 3

Codici d'ingresso, ricoveri e dimissioni

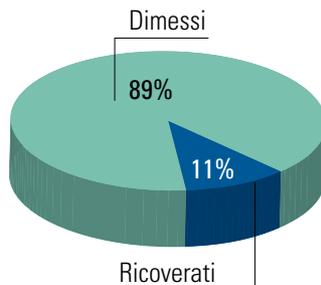
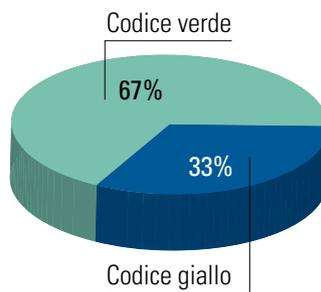
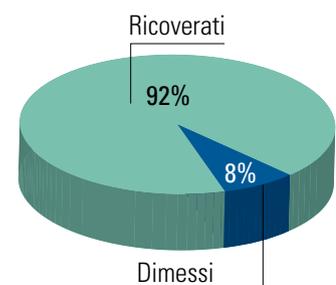
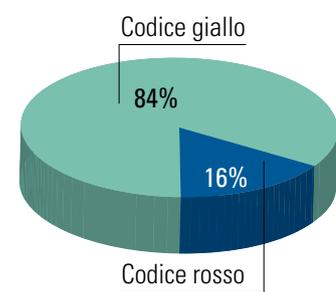


Figura 5

Codici d'ingresso, ricoveri e dimissioni



gua minoranza è stata indirizzata in Medicina Interna o al domicilio dopo revisione terapeutica.

La valutazione iniziale pare essere stata efficiente anche per quanto riguarda i casi di DT non coronarico (e non sostenuto da patologie minacciose); il 67% di questi soggetti ha avuto infatti un'attribuzione di codice verde, il che comporta comunque la valutazione dello staff di PS; il rimanente 33% è stato valutato con un ancor più prudente codice giallo che ha accelerato ulteriormente l'accesso agli accertamenti e alle cure. Per quanto riguarda i pazienti dimessi, in nessun caso si è verificato il rientro del paziente per insorgenza di patologia acuta non diagnosticata, né si è avuta notizia di eventi a domicilio o presso altri ospedali.

Infine, suddividendo i dati per fasce d'età, si osserva l'incremento di DT dovuto a cause coronariche con l'aumentare dell'età dei pazienti (figura 6), nonché i ricoveri ospedalieri e purtroppo anche il numero di decessi (figura 7).

Figura 6

Confronto delle fasce d'età sull'origine del DT

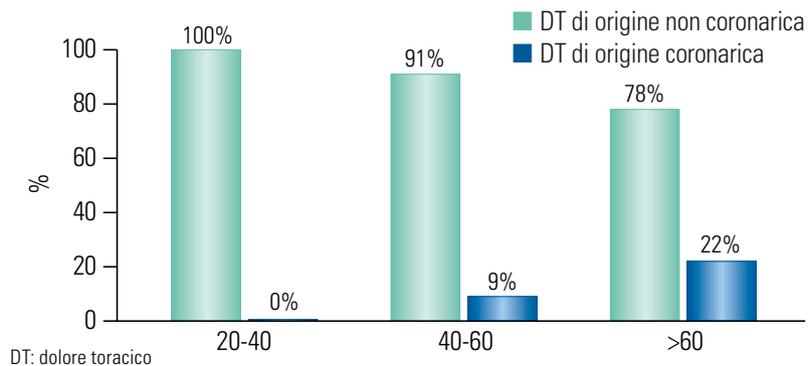
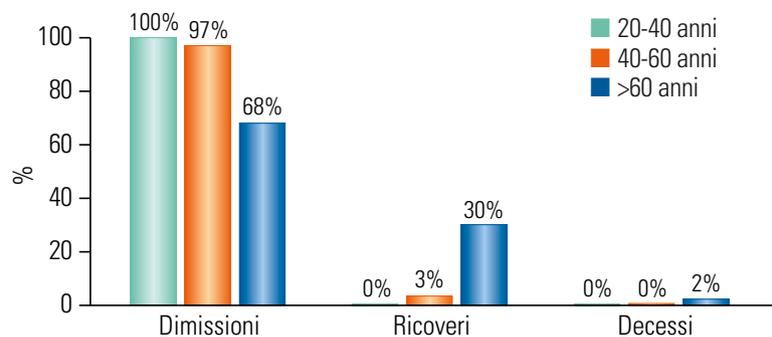


Figura 7

Confronto delle fasce d'età su dimissioni, ricoveri e decessi



► Conclusioni

Il DT è un sintomo frequente, si può affermare che ogni individuo lo sperimenta più volte nella vita. Per tale ragione è un altrettanto frequente motivo di visita medica; tuttavia, le cause che lo provocano sono estremamente numerose e variabili come gravità e prevalenza. Le difficoltà nell'interpretazione del DT derivano da molte variabili: difficoltà di definizione e di descrizione da parte del paziente, complessa diagnosi differenziale, sensibilità, specificità e tempistica non ottimali dei test diagnostici. Per tali ragioni il DT è, secondo i dati della letteratura, causa di ricovero inappropriato nel 25-39% dei casi e quel che è peggio causa di dimissione erronea nell'8% dei casi.

Questo in ambito ospedaliero, dove è possibile avvalersi di esami diagnostici e di osservazioni prolungate e monitorate. È facile immaginare la difficoltà di un Mmg che si trova ad operare da solo e su base esclusivamente clinica e anamnestica. In questo ci pare simile al medico (o infermiere) di triage del PS che attraverso un procedimento analogo deve attribuire un corretto codice di priorità, indispensabile premessa per avviare il paziente al percorso assistenziale più idoneo.

Questa nostra osservazione suggerisce come la valutazione possa essere realizzata in modo efficace con semplici algoritmi valutativi proposti dalle Società Scientifiche competenti.

Bibliografia

- Lee TH, Goldman L. *N Engl J Med* 2000; 342: 1187-95.
- Salvini P, Parma A. *Ital Heart J Suppl* 2001; 2: 659-67.
- www.slideshare.net/aquila76/dolore-toracico
- Erhardt L, et al. *Eur Heart J* 2002; 23: 1153-76.
- The pre-hospital management of acute heart attacks. *Eur Heart J* 1998; 19: 1140-64.
- Selker HP, et al. *Ann Intern Med* 1998; 129: 845-55.
- Braunwald E, et al. *J Am Coll Cardiol* 2002; 40: 1366-74.
- Panteghini M. *Eur Heart J* 2004; 25: 1187-96.
- Cassin M, et al. *Ital Heart J Suppl* 2000; : 186-201.
- Jaffe AS, Katus H. *Circulation* 2004; 100: 104-6.
- Morrow DA, Braunwald E. *Circulation* 2003; 108: 250-2.
- Biasucci LM, CDC, AHA. *Circulation* 2004; 110: e560-e567.
- Cheitlin MD, et al. *J Am Coll Cardiol* 1997; 29: 862-79.
- Tong KL, et al. *J Am Coll Cardiol* 2005; 46: 920-7.
- Levinsky MJ, Ohman EM. *Am Heart J* 2002; 144: 750-2.
- Pope JH, et al. *N Engl J Med* 2000; 342: 1163-70.
- Gomberg-Maitland M, et al. *Am Heart J* 2005; 149: 613-8.
- www.simeu.it/.../Gestione%20dolore%20Toracico%20%20in%20OBI...
- Morichetti A, Maffei C. In Atti 3° Congresso Nazionale SIMEU "Imparare dall'errore, dall'esperienza", ROMA21-24/10/2003, in GIMUPS giugno 2003 suppl. 2, vol 5 num 1-2: 54-58

Serve un approccio comune e condiviso per la psoriasi

Nell'affrontare la patologia è auspicabile che vengano applicati protocolli d'indagine standardizzati che rappresentano strumenti per evitare le complicazioni che la malattia psoriasica può comportare. A ciò dovrebbero affiancarsi anche trattamenti condivisi, ma personalizzati su ogni paziente, per evitare che siano prescritte terapie superate e mal tollerate

Le più recenti statistiche indicano che, in Lombardia, la psoriasi riguarda circa il 3-4% della popolazione. A questo numero, già abbastanza rilevante, potrebbe aggiungersi anche quella coorte di soggetti i quali, stante la minima entità delle manifestazioni cliniche, non eseguono controlli dermatologici e sfuggono a qualsiasi diagnosi. Proprio in tema di diagnosi e controlli **Gianfranco Altomare**, professore ordinario di Dermatologia all'Università degli Studi di Milano e Responsabile del reparto di Dermatologia e Malattie a trasmissione sessuale presso l'IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano ha auspicato "che si arrivi a una uniformità delle indagini da far eseguire al paziente: un approccio condiviso e univoco nella fase dei controlli diagnostici può essere infatti uno strumento per evitare le complicazioni, come per esempio l'artrite, che la malattia psoriasica può comportare". Inoltre, alla luce delle numerose comorbidità associate alla psoriasi, andrebbero standardizzate le procedure di controllo: le persone che ne soffrono, anche nella forma lieve-moderata, dovrebbero essere sottoposte a visita cardiologica, a una serie di esami del sangue particolari e ricevere anche una dieta specifica, se hanno pro-

blemi di tipo metabolico.

Un altro aspetto, presente soprattutto in Lombardia, è legato a una certa disomogeneità nella terapia della psoriasi lieve-moderata, che espone i pazienti lombardi a ricevere trattamenti di vecchia generazione.

È sempre più evidente che per raggiungere una reale efficacia, e dunque offrire maggior benessere ai pazienti psoriasici, è necessario un approccio terapeutico condiviso e personalizzato, per evitare a chi soffre di essere trattato con terapie superate e mal tollerate. "Raggiungere uno standard uniforme di cura non è un'operazione facile - ha commentato ancora Altomare - anche se la scelta della terapia locale per la psoriasi lieve-moderata dovrebbe orientarsi verso quei trattamenti innovativi che hanno dimostrato maggiore efficacia e che, grazie a una più agevole applicazione, facilitano la continuità della cura".

Uno dei problemi principali nella gestione della psoriasi lieve-moderata è, infatti, proprio quello della mancata aderenza alle terapie topiche che può comportare un peggioramento della patologia. I pazienti spesso spendono l'applicazione di sostanze poco gradevoli e maneggevoli, come il catrame, che impediscono il normale svolgimento della vita sociale, o di altri prodotti come i retinoidi,

che irritano la cute. Altro obiettivo è dunque quello di assicurare che tutti i pazienti con psoriasi lieve-moderata abbiano accesso ai trattamenti topici di ultima generazione, indicati dalle recenti Linee Guida nazionali, più tollerabili ed efficaci, come l'associazione di vitamina D e corticosteroide, in forma di gel che può essere somministrato una sola volta al giorno, in modo rapido e agevole. "Il trattamento combinato di vitamina D e corticosteroide è una terapia che ha ridato vita ai pazienti psoriasici - ha concluso Altomare - ed è sicuramente un'associazione vincente, che ha messo in secondo piano gli altri trattamenti topici". Del resto, la terapia topica, oltre al trattamento della psoriasi lieve-moderata, è spesso associata con successo anche alle terapie sistemiche, orali e iniettive come i moderni farmaci biologici, e alla fototerapia nella cura della forma moderata-grave.

www.qr-link.it/video/1513



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

Sindrome delle gambe senza riposo: oppioidi efficaci nei casi più severi

È quanto evidenziato dai dati di un trial multicentrico condotto in doppio cieco e su vasta scala, pubblicato di recente su *Lancet Neurology*

Elisa Buson

Gli oppioidi possono rappresentare un'arma terapeutica molto importante per contrastare i sintomi delle gambe senza riposo nei casi più "difficili". Lo rivela uno studio multicentrico apparso su *Lancet Neurology* (2013; 12: 1141-1150) che ha valutato l'efficacia e la tollerabilità, a breve e a lungo termine, dell'associazione ossicodone/naloxone in pazienti severi e resistenti ai dopamino-agonisti.

Questi farmaci sono infatti considerati di prima scelta per contrastare dolori, formicolii, crampi notturni e scatti involontari degli arti inferiori, tutti sintomi caratteristici di questa malattia neurologica cronica che compare di solito dopo i 40-45 anni e affligge il 5-10% della popolazione adulta, con un rapporto donne/uomini di circa 2:1. "Esiste tuttavia un 40% di pazienti che non risponde a queste terapie - spiega **Luigi Ferini Strambi**, Direttore del Centro di Medicina del Sonno dell'Ospedale San Raffaele Turro di Milano e Presidente eletto della *World Association of Sleep Medicine* (WASM) - mentre un altro 25-50%, trascorso un anno, le abbandona per mancanza di benefici o per gli effetti collaterali. Dopo alcuni mesi di assunzione, i dopamino-agonisti possono infatti ge-

nerare un effetto negativo come l'*augmentation*, ossia un'anticipazione nell'orario di comparsa dei sintomi, un incremento nella loro intensità e una maggior estensione delle zone del corpo interessate. Con gli antiepilettici, invece, possono verificarsi problemi di eccessiva sonnolenza/sedazione durante il giorno. Alcuni studi, in passato - continua Ferini Strambi - avevano evidenziato l'utilità degli oppiacei nel trattamento della sindrome delle gambe senza riposo ma su casiistiche limitate. Il lavoro pubblicato su *Lancet Neurology* rappresenta il primo trial multicentrico condotto in doppio cieco e su vasta scala, per testare l'efficacia del trattamento con oppioidi nella sindrome delle gambe senza riposo di grado severo, dopo un precedente fallimento di altre terapie, in prevalenza dopamino-agonisti".

► Lo studio

Lo studio ha coinvolto 304 pazienti in 55 centri europei (Austria, Germania, Spagna e Svezia). In una prima fase, i pazienti sono stati randomizzati in doppio cieco al trattamento con ossicodone/naloxone o placebo per 12 settimane; 197 soggetti sono poi passati a una fase di estensione in aperto,

durata altre 40 settimane. All'inizio del trial, l'intensità media dei sintomi - misurata con la scala di valutazione da 0 a 40, messa a punto dall'International RLS Study Group - era pari a 31.7 (grado molto severo); al termine della 12ª settimana, il gruppo ossicodone/naloxone era sceso a un punteggio pari a 15.1 (grado lieve-moderato), registrando così una riduzione della sintomatologia iniziale di oltre il 50%, mentre il gruppo placebo si era attestato a 22.1. Al termine delle successive 40 settimane, l'intensità dei disturbi era ulteriormente scesa a 9.7 della scala IRLSSG (grado lieve). Va inoltre evidenziato che, già dopo i primi 3 mesi di terapia, il 67% dei pazienti trattati con ossicodone/naloxone dichiarava un miglioramento significativo anche nella qualità della vita e del sonno, mentre un 42% era ormai asintomatico o con sintomi clinicamente non rilevanti.

www.qr-link.it/video/1513



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

Quando l'ipercolesterolemia è ereditaria

Un difetto a carico dei geni che regolano il recettore per le LDL può comportare una sua errata o mancata sintesi: è l'ipercolesterolemia familiare, che ha come conseguenza l'abnorme accumulo di LDL che, in breve, produce imponenti placche ateromatose. Considerate le gravi conseguenze, emerge l'importanza del ruolo del Mmg, che può cogliere i segni precoci e porre in atto un primo screening

L'ipercolesterolemia familiare (FH), malattia genetica molto diffusa ma poco conosciuta, (in Italia tale diagnosi viene fatta appena nell'1% dei pazienti), può presentarsi in due varianti, l'eterozigote (HeFH) molto più diffusa, e l'omozigote (HoFH), malattia rara, con una prevalenza di circa 1 caso su un milione. Nell'ambito del congresso della Società Italiana Studio Aterosclerosi (SISA) (Roma, 27-29 novembre 2013) è stato fatto il punto su questa patologia. "L'ipercolesterolemia familiare è associata a un difetto a carico dei geni che regolano il recettore per le LDL, che non è sintetizzato correttamente, oppure manca del tutto" ha affermato **Alberico L. Catapano**, Presidente della European Atherosclerosis Society (EAS). "Nei pazienti con FH, le LDL non seguono la via metabolica regolare: si scaricano nel sangue e, in parte, si accumulano nel fegato. I danni maggiori sono a carico della parete arteriosa, dove si formano placche aterosclerotiche imponenti, con conseguenze importanti e soprattutto precoci". "L'aterosclerosi precoce e massiccia - ha aggiunto **Massimo Ugucioni**, Direttore UOC Cardiologia UTIC 1, AO San Camillo-Forlanini di Roma - determina coronaropatia, angina e valvulopatia, con altissimo rischio di infarto. Anche le carotidi sono coinvolte, con impennata del rischio cerebrovascolare. Di FH e ancor più di HoFH si muore presto: poco dopo i 40 nella FH ed entro i 30 nella HoFH".

► Segnali di allarme e ruolo del Mmg

I segnali che meritano un approfondimento sono una storia familiare di cardiovasculopatie precoci e morte improvvisa, colesterolemia superiore ai 310 mg/dl in un soggetto adulto o in un suo familiare; colesterolemia superiore ai 230 mg/dl in un bambino o in un suo familiare; xantomi tendinei nel soggetto o in un suo familiare; xantelasmi. La diagnosi precoce è indispensabile, perché questa patologia può e deve essere trattata.

La terapia ipocolesterolemizzante assicura buoni risultati nella maggior parte dei pazienti FH (ma non in alcune varianti particolari, come quella caratterizzata da eccesso di Lp(a) piccole), ma è insoddisfacente in chi soffre di HoFH. In questi casi bisogna ricorrere alla rimozione meccanica delle LDL, attraverso la LDL-afèresi. "L'afèresi è la rimozione selettiva dal plasma o dal sangue intero, delle lipoproteine con metodiche chimico-fisiche o immunologiche" ha chiarito **Patrizia Accorsi**, Direttore Servizio di Immunoematologia, Medicina Trasfusionale e Laboratorio di Ematologia, Ospedale di Pescara. "Nei soggetti con HoFH è salvavita. Ma è indispensabile anche nei casi di FH che non rispondono, o rispondono in modo insufficiente, al trattamento medico convenzionale con statine, ezetimibe, resine, fibrati; nei pazienti FH che non tollerano la terapia in corso; in tutti coloro che hanno già subito un

evento vascolare maggiore o un intervento di rivascularizzazione; nelle varie forme di iperlipoproteinemia Lp(a)".

L'intervento va ripetuto a cadenze programmate, in genere ogni 10-14 giorni, il tempo medio per una nuova sintesi del colesterolo. Si tratta di un trattamento curativo in grado di assicurare un costante miglioramento e di ripristinare la sensibilità alla terapia farmacologica. Nel tempo la curva di innalzamento delle lipoproteine si abbassa, allungando l'intervento tra un'afèresi e l'altra, mentre gli effetti collaterali sono pochi e molto ben gestibili durante la seduta. L'afèresi non è un procedimento semplice, anche se molto sicuro per il paziente. È anche costoso, perché si deve mantenere per tutta la vita. Sul versante farmacologico la ricerca non si è mai fermata: a luglio, l'EMA ha approvato una molecola per uso orale, lomitapide, indicata nei pazienti adulti affetti da HoFH, che inibisce selettivamente la MTP (Microsomal Transfer Protein), una proteina fondamentale per l'assemblaggio e la secrezione delle lipoproteine contenenti ApoB.

www.qr-link.it/video/1513



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

L'azione adattogena della gelatina reale

Nonostante molti studi e svariate ipotesi, ancora non si conosce con precisione quale sia il meccanismo con il quale agisce la gelatina reale, o pappa reale; le sue azioni, riferite da chi ne fa uso, sono rappresentate da senso di benessere, maggiore resistenza alla fatica, miglioramento delle funzioni cognitive e mnemoniche

Domenico Careddu
Vicepresidente Società Italiana
Medicina Naturale (SIMN)

La gelatina reale, meglio nota come pappa reale, viene prodotta dalle api operaie al fine di nutrire le larve (nei primi giorni di vita) e l'ape regina adulta (per tutta la vita). Proprio la differente alimentazione durante gli stadi larvali, è alla base della differenziazione, attraverso specifiche risposte ormonali, tra ape regina ed api operaie: infatti tutte le uova di sesso femminile sono potenzialmente in grado di generare una regina ma ciò si verifica solamente quando la larva viene nutrita nei primi quattro giorni e poi per tutta la vita, esclusivamente con gelatina reale^(1, 2). A prescindere dalle differenze morfologiche che consentono di distinguere l'ape regina dalle operaie, le caratteristiche peculiari della regina sono la longevità (la regina vive per oltre 5 anni mentre l'ape operaia vive per massimo 90 giorni) e la grande fertilità (la regina

depone fino a diverse migliaia di uova al giorno, mentre le api operaie depongono uova solo occasionalmente). Proprio queste caratteristiche furono alla base della grande diffusione, nella metà del secolo scorso, dell'utilizzo della gelatina reale anche nell'uomo, sebbene, almeno inizialmente, si trattò di un fenomeno prettamente speculativo, non essendo state dimostrate scientificamente tali proprietà. Successivamente, l'aumentata richiesta commerciale stimolò la ricerca clinica. La composizione chimica della gelatina reale, molto complessa, è riportata nella *Tabella 1*^(3, 4).

Nonostante molteplici studi e svariate ipotesi^(6,7), ancora oggi non è noto quale sia il meccanismo con il quale agisce la gelatina reale né quali siano gli effettori degli stupefacenti effetti sulle larve. Per quanto riguarda l'uomo, gli effetti reali e/o presunti riferiti dai consumatori sono rappresentati da un generale senso di benessere, da una maggiore resistenza alla fatica, da un miglioramento delle funzioni cognitive e mnemoniche, fino ad arrivare ad un effetto "ringiovanente". Nel complesso, si può quindi parlare di un'azione adattogena. Alcuni studi in vitro hanno dimostrato che l'acido 10-idrossidecanoico è provvisto di attività antibiotica (verso *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Proteus*, *Bacillus subtilis* e *Staphylococcus aureus*) e fungicida⁽⁸⁾. Altre sostanze isolate dalla gelatina reale hanno evidenziato di possedere una potente attività antibatterica⁽⁹⁾. Considerando che l'azione antibiotica è stata documentata a valori di pH inferiori a 5.6, dal punto di vista clinico essa può essere sfruttata per applicazioni topiche. Nei topi è stata osservata una migliore resistenza alle infezioni virali e

Tabella 1

Composizione chimica della gelatina reale: principali costituenti

Acqua

- 2/3 della gelatina reale fresca

Sostanze azotate

- **Proteine:** 73.9% delle sostanze azotate (è stata isolata una proteina simile all'insulina);
- **Aminoacidi:** 2.3% delle sostanze azotate (sono presenti tutti gli aminoacidi essenziali e principalmente Ac. Aspartico ed Ac. Glutammico);
- **Peptidi:** 0.16% delle sostanze azotate;
- **Enzimi**

Zuccheri

- Fruttosio (prevalente) e glucosio rappresentano il 90% degli zuccheri totali
- Maltosio
- Trealosio
- Melibiosio
- Ribosio
- Erlosio

Lipidi

- Acidi grassi liberi a catena corta (8-10 atomi di carbonio): i più importanti sono l'Ac. 10-idrossi-2-decenoico (10-HDA) e l'Ac. 10-idrossidecanoico. Sono i principali responsabili dell'attività biologica della gelatina reale
- Steroli
- Idrocarburi

Sali minerali

K (il più rappresentato), Na, Ca, Zn, Fe, Cu, Mn.

Vitamine

Solamente vitamine idrosolubili

Nucleotidi

- Adenosina
- Uridina
- Guanosina
- Iridina
- Citidina
- AMP, ADP, ATP

Ormoni

Testosterone⁽⁵⁾



nei ratti una risposta anti-infiammatoria più rapida⁽¹⁰⁾. Sempre nell'animale, la somministrazione orale ha migliorato la riproduttività nelle galline, nelle quaglie e nei conigli^(11, 12), ha determinato un incremento ponderale in polli, pernici e fagiani (5 mg/kg di gelatina reale) e nei vitelli (0.02 g di gelatina reale a vitelli nati da meno di 7 giorni). In questi ultimi si è osservata inoltre una mortalità inferiore e una maggiore resistenza alle infezioni⁽¹³⁾. Nei topi da esperimento è stato osservato un effetto antifatica⁽¹⁴⁾ e di recupero delle capacità cognitive in specifiche condizioni sperimentali⁽¹⁵⁾. Nei conigli la gelatina reale riduce il livello di colesterolo e di trigliceridi nel plasma nonché il colesterolo depositatosi nelle arterie⁽¹⁶⁾ ed accelera il processo di guarigione di patologie ossee. Sempre nel ratto, la somministrazione orale di gelatina reale e, nello specifico, l'acido 10-idrossi-decanoico, ha dimostrato un'azione inibitoria sulla crescita tumorale in tumori a lenta crescita⁽¹⁷⁾. Molto interessanti e promettenti appaiono anche gli studi sull'attività immunomodulante^(18,19). Nell'uomo gli studi sono numerosi ma non sempre condotti in modo metodologicamente corretto; di conseguenza, l'interpretazione dei dati è in alcuni casi dubbia e/o di scarsa valenza scientifica.

La somministrazione di gelatina reale ha determinato, nel volontario sano, un aumento dell'eritropoiesi, della tolleranza al glucosio⁽²⁰⁾ ed un miglioramento del benessere mentale. Si è anche osservato un incremento della conversione da DHEA-S a testosterone⁽¹⁸⁾. Altri studi hanno evidenziato che la somministrazione orale migliora il metabolismo delle lipoproteine, riduce i livelli ematici di colesterolo totale e delle LDL⁽²¹⁾. La gelatina reale nelle donne in menopausa migliora il senso di benessere⁽²²⁾. Questo prodotto dell'alveare ha anche un'azione antiallergica, antinfiammatoria ed immunomodulante⁽²³⁾. In merito a quest'ultima azione, in uno studio condotto in pazienti affetti da morbo di Graves, la somministrazione di gelatina reale ha esercitato un'azione simile a quella dei farmaci antitiroidei, determinando una riduzione dei livelli di anticorpi anti TSRH⁽²⁴⁾. Studi molto datati, risalenti agli anni '50, hanno valutato gli effetti della somministrazione della gelatina reale nel prematuro ed avrebbero evidenziato un miglioramento delle condizioni generali, un aumento di peso e dell'appetito, un incremento nel numero di globuli rossi e dei valori di emoglobina⁽²⁵⁾. Allo stesso periodo risalgono gli studi che hanno riscontrato

effetti positivi in casi di anoressia, depressione ed ipotensione arteriosa, nonché di astenia, stress, e problematiche emozionali ed un generale effetto di stimolo sul metabolismo⁽²⁶⁾. Come già anticipato, nonostante queste molteplici azioni, ad oggi non sono ancora completamente conosciuti i fini meccanismi che le determinano. Studi di tossicità⁽²⁷⁾ nell'animale e di mutagenesi nei batteri⁽²⁸⁾ non hanno evidenziato né effetti tossici né proprietà mutagene. Nell'uomo, sono stati riportati casi di dermatite da contatto in circa il 20% dei pazienti sottoposti a patch test⁽²⁹⁾. Attualmente l'assunzione è consigliata esclusivamente per via orale o per applicazioni topiche (a bassa concentrazione), essendo stata abbandonata la pratica di somministrazioni intramuscolari, per l'insorgenza di reazioni allergiche gravi. Circa le interazioni con i farmaci, sono riportati casi di interazione con il warfarin⁽³⁰⁾. In conclusione sebbene l'uso salutistico e "terapeutico" della gelatina reale sia molto diffuso, sono necessari ulteriori studi di buona qualità metodologica, per valutarne e confermarne l'attività, sia in termini di efficacia che di sicurezza (in particolar modo in pazienti con anamnesi positive per allergie).

Bibliografia

1. <http://www.apiterapia.it>
2. <http://www.apicoltura.org>
3. Stocker A, Schramel P, Ketrup A, Bengsch E. Trace and mineral elements in royal jelly and homeostatic effect. *J Trace Elem Med Biol* 2005; 19:183-189
4. Takenaka T. Chemical composition of royal jelly. *Honeybee Sci* 1982; 3:69-74.
5. Vittek J and Slomiany BL. Testosterone in royal jelly. *Experientia* 1984; 104:106
6. Sasaki M, Tsuruta T and Asada S. Role of physical property of royal jelly in queen differentiation of honeybee. In *Chemistry and biology of social insects* (edited by Eder J, Rembold H). Munich, German Federal Republic, Verlag J. Paperny 306-307 (1987)
7. Simuth J. Some properties of the main protein of honeybee (apis mellifera) royal jelly. *Apidologie* 2001; 32: 69-80
8. Yatsunami K and Echigo T. Antibacterial action of royal jelly. *Bull Fac Agric Tamagawa Univ* 1985; 25:13-22
9. Fujiwara S, Imai J, Fujiwara M, Yaeshita T, Kawashima T, and Kobayashi K. A potent antibacterial protein in royal jelly. Purification and determination of the primary structure of royalisin. *J Biol Chem* 1990; 265: 11333-11337.
10. Fujii A, Kabayashi S, Kuboyama N, Furukawa Y, Kaneco Y, Ishihama S, Yamamoto H, and Tamura T. Augmentation of wound healing by royal jelly in streptozotocin diabetic rats. *Jpn J Pharmacol* 1990; 53:331-337.
11. Csuka J., Baumgartner J., and Dubay J., *Zivocisna Vyroba*, 23 (5) 395-400 (1978)
12. Bonomi A., *Apitalia*, 10 (15), 7-13 (1983)
13. Radu-Tudorache G., Oita N., Luca A., Hritcu V., Cercetari *Agronomie in Moldova*, 2, 131-133 (1978)
14. Kamakura M, Mitani N, Fukuda T and Fukushima M. Antifattigue effect of fresh royal jelly in mice. *J Nutr Sci Vitaminol* 2001; 47: 394-401
15. Hattori N, Otha S, Sakamoto T, Mishima S, and Furukawa S. Royal jelly facilitates restoration of the cognitive ability in trimethyltin-intoxicated mice. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2011; PMC 3094710
16. Cho YT . Studies on royal jelly and abnormal cholesterol and triglycerides. *Amer Bee J* 1977; 117: 36-38
17. Tamura T, Fujii A, Kubiya N. *Nippon, Yakurigaku-Zasshi* 1987; 89 (2): 73-80
18. Okamoto I, Taniguchi Y, Kunikata T, Iwaki K, Ikeda M and Kurimoto M. Major royal jelly protein 3 modulates immuno responses in vitro and in vivo. *Life Sci* 2003; 73: 2029-2045
19. Majtan J, Kovacova E, Bilikova K, Simuth J. The immunostimulatory effect of the recombinant apalbumin1 - major honeybee royal jelly protein- on TNF-alpha release. *Immunopharmacology* 2006; 6: 269-278.
20. Munstedt K, Bargello M, Hauenschild A. Royal jelly reduce the serum glucose levels in healthy subjects. *Journal of Medicinal food* 2009; 12(5): 1170-1172.
21. Guo H, Saiga A, Sato M, Miyazawa I, Shibata M, Takahata Y, Morimatsu F. Royal jelly supplementation improves lipoprotein metabolism in humans. *J Nutr Sci Vitaminol* 2007; 53(4):345-348
22. Yakoot M, Salem A, Omar AM. Effectiveness of a herbal formula in women with menopausal syndrome. *Forsch Complement Med* 2011; 18(5):264-268
23. Viuda-Martos M, Ruiz-Navajas Y, Fernandez-Lopez J, Perez-Alvarez JA. Functional properties of honey, propolis and royal jelly. *Journal of Food Science* 73(9):117-124
24. Cihangir E, Orhan D, Ercument O, Yasam B. The effects of royal jelly on autoimmunity in Grave's disease. *Endocrine* 2006; 30(2):175-183
25. Malossi C., Grandi F., Atti del 10 convegno nazionale per lo studio dell'applicazione dei prodotti delle api nel campo medico-biologico, Bologna, Italia, 130-136.(1956)
26. Martinetti R., Caracristi C., Atti del 10 convegno nazionale per lo studio dell'applicazione dei prodotti delle api nel campo-medico-biologico, Bologna, Italia, 139-144 (1956)
27. Hashimoto T, Tori M, Asakawa Y, Wollenweber E. Synthesis of two allergenic constituents of propolis and popular bad extraction. *Zeitschrift fur Naturforschung C* 43, 470-472 (1988)
28. Tamua T, Fujii A, Kubiya N. Study on mutagenicity of royal jelly. *Honeybee Science* 1985; 6 (1): 7-12
29. Takahashi M, Matsuo I, Ohkido M. Contact dermatitis due to honeybee royal jelly. *Contact Dermatitis* 1983; 9 (6) 452-455
30. Lee NJ, Femo JD. Warfarin and royal jelly interaction. *Pharmacotherapy: the journal of human pharmacology and drug therapy* 2006; 26(4):583-586

Ruolo dei probiotici nella dermatite atopica

► Secchezza, desquamazione, arrossamento e prurito, classici indizi di una dermatite atopica, sono generalmente accompagnati da una alterazione delle funzioni di barriera della cute. Il difetto di barriera è presente anche a livello della mucosa intestinale, dove la microflora contribuisce alla funzione di barriera e stabilizza la permeabilità intestinale. Alcune evidenze suggeriscono le potenzialità di una integrazione della dieta con probiotici anche nel miglioramento delle affezioni cutanee. Per esempio si è visto che la loro assunzione da parte di donne in gravidanza o che allattavano al seno, nonché da parte di neonati, sembrerebbe ridurre le possibilità di sviluppare la dermatite atopica o quanto meno la sua gravità. Una particolare combinazione di due probiotici, il *Lactobacillus salivarius LS01* e il *Bifidobacterium breve BR03*, brevettati e selezionati per la loro capacità di colonizzare l'intestino, sembra potenzialmente in grado di produrre effetti benefici nel trattamento delle alterazioni cliniche e immunologiche osservabili in pazienti con dermatite atopica.

Alimentazione e salute: specialisti a confronto

► La fondazione Paolo Sorbini per la scienza dell'alimentazione organizzerà a Milano dal 14 al 15 marzo 2014 il 3° Congresso Internazionale "Science in Nutrition". Al centro del Congresso i vari aspetti dell'alimentazione antinfiammatoria nelle sue diverse applicazioni, per migliorare l'efficienza fisica e la qua-

lità della vita. Intenti che si leggono già nel titolo proposto: "Anti-inflammation, quality of life and sports in nutrition". Uno degli scopi del congresso è come sempre la promozione della ricerca e del dibattito scientifico, al fine di trasmettere a tutti, dalle istituzioni nazionali e internazionali, alle categorie dei medici e delle famiglie, i messaggi per indicare le linee guida di un'alimentazione di prevenzione, nei confronti di alcune delle malattie che in questi anni si stanno diffondendo causando lo stato infiammatorio dell'organismo.

■ Per informazioni, programma e iscrizioni: www.scienceinnutrition.it.

Terapie sempre più mirate contro il cancro del polmone

► Da alcuni anni lo studio dell'assetto genico delle neoplasie ha modificato radicalmente la classificazione dei tumori polmonari. La scoperta dei diversi tipi di tumore polmonare "non a piccole cellule" ha permesso di compiere nell'ultimo decennio enormi progressi sul fronte dello sviluppo di nuove terapie che agiscono in modo mirato su specifiche mutazioni geniche. La molecola più recente è crizotinib, terapia mirata per il recettore ALK, i cui benefici, sia nel prolungare la sopravvivenza libera da malattia sia nel migliorare la sintomatologia e la qualità di vita, sono talmente importanti che lo studio di fase I è stato

considerato sufficiente per l'approvazione e registrazione del farmaco da parte dell'FDA. In Europa il farmaco è stato autorizzato dall'EMA a fine ottobre 2012 e, al momento, in Italia è disponibile attraverso i meccanismi previsti dalla legge 648.



Le promesse di edoxaban, nuovo anticoagulante orale

► Il nuovo anticoagulante orale edoxaban potrebbe costituire un'importante opzione terapeutica per la prevenzione dell'ictus e degli eventi embolici sistemici nei pazienti con fibrillazione atriale (FA): l'impiego di questo inibitore diretto del fattore Xa sembra consentire infatti di ridurre i rischi di emorragie dal 20 al 50% a seconda del dosaggio utilizzato. Lo dimostra lo studio clinico ENGAGE AF-TIMI 48, il più ampio mai condotto sulla FA (21.105 pazienti in 46 Paesi e 1.400 centri di ricerca) appena pubblicato sul New England Journal of Medicine (2013; 369: 2093-2104).

Grazie ai risultati ottenuti, edoxaban può costituire una nuova opzione terapeutica importante per la prevenzione dell'ictus e degli eventi embolici sistemici, riducendo significativamente il rischio di emorragie rispetto al warfarin. È stato inoltre identificato un adeguato regime di aggiustamento della dose per i pazienti con fattori associati ad un maggior rischio di sanguinamento, come la compromissione della funzionalità renale, il basso peso corporeo, o trattamenti concomitanti con alcuni farmaci.

Errata Corrige

Nel numero 14 di M.D. *Medicinae Doctor* l'articolo "Depressione ad esordio adolescenziale: cosa si può fare?" è erroneamente apparso senza la firma dell'autore Giuseppe Tavormina, Psichiatra, Presidente di CENSTUPSI Centro Studi Psichiatrici e Segretario Generale di EDA European Depression Association e EDA Italia Onlus. Il tema è stato trattato in occasione del 10° congresso nazionale della Associazione Italiana sulla Depressione svoltosi a Pescara il 19-20 ottobre 2013. Ce ne scusiamo con l'Autore e con i lettori.