

Al via l'Ospedale di Comunità, ma la matrice originaria sembra perduta

In Conferenza Stato-Regioni sono stati messi nero su bianco i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi dell'Ospedale di Comunità. Un traguardo raggiunto con più di cinque anni di ritardo rispetto alla data prefissata.

Nel frattempo nella riorganizzazione delle cure territoriali, avvenuta in questi anni, gli OdC sembrerebbero aver perso la loro matrice originaria e nelle sperimentazioni attuali si ritrovano ad essere gestiti con un criterio sempre più ospedaliero che caratterizza anche il documento prodotto dalle Regioni

Dopo sette mesi di stallo è stata finalmente trovata la quadra tra Governo e Regioni per l'attuazione degli Ospedali di Comunità (OdC), a confermarlo il Presidente della Conferenza delle Regioni, **Stefano Bonaccini**: "Con la recente intesa in Conferenza Stato-Regioni nasce l'Ospedale di Comunità. È una conquista sociale molto attesa che caratterizzerà in meglio il nostro servizio sanitario. Sarà una struttura di ricovero breve per quei pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica. L'Ospedale di Comunità svolgerà insomma una funzione intermedia tra la cura domiciliare e il ricovero ospedaliero".

► Lo mission originaria

Per dovere di cronaca ricordiamo che gli OdC nella metà degli anni 90 hanno rappresentato un vero e proprio sogno per la Medicina Generale. Di fatto è il Mmg che ha "inventato" l'Ospedale di Comunità, come servizio pensato dal basso. Un'idea che inizialmente è sor-

ta per ridurre le tensioni sociali all'indomani della decisione di sopprimere gli ospedali con meno di 120 posti letto (Finanziaria 1992). Il primo Ospedale di Comunità sorse in Romagna nella seconda metà degli anni '90 (Premilcuore 1995, Modigliana 1996) e ha rappresentato la prima esperienza nazionale di équipe territoriale e associazionismo medico complesso.

La *mission* originaria è stata quella di poter dare assistenza e cura a persone che non necessitano della complessità del livello ospedaliero, ma che non possono risolvere i loro problemi a domicilio.

Ma nella riorganizzazione delle cure territoriali, avvenuta in questi anni, gli OdC hanno perso la loro matrice originaria e nelle sperimentazioni attuali si ritrovano ad essere gestiti con un criterio sempre più ospedaliero che anche il documento prodotto dalle Regioni sembra testimoniare.

"Con questa intesa - ha precisato Bonaccini - abbiamo definito i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio degli Ospedali di Comunità pubblici o privati".

"Era un traguardo già fissato nel Patto per la salute 2014-2016 che ora - conclude Bonaccini - viene raggiunto grazie all'intenso lavoro congiunto delle Regioni e del Governo". La responsabilità clinica dei pazienti ricoverati nella struttura è attribuita a un medico di famiglia (pediatra di libera scelta se OdC pediatrico) oppure ad un medico operante nella struttura scelto tra i medici dipendenti o convenzionati con il Ssn o appositamente incaricato dalla direzione della struttura (per le strutture private, un medico incaricato dalla struttura). La responsabilità assistenziale è in capo all'infermiere secondo le proprie competenze. L'assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica è garantita nelle 24 ore.

► Identikit dell'OdC in sintesi

• **Sede** - L'OdC può avere una sede propria, essere collocato in strutture sanitarie polifunzionali, presso presidi ospedalieri riconvertiti, presso strutture residenziali oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è sempre riconducibile all'assistenza territoriale.

Posti letto - L'OdC ha un numero limitato di posti letto, di norma tra 15 e 20. È possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre.

• **Accesso** - Possono accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (15-20 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità. Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche l'aumento di consapevolezza dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità. Per l'accesso all'OdC è necessario che siano soddisfatti i seguenti criteri: diagnosi già definita; prognosi già definita; valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica eventualmente attraverso scale standardizzate; programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (ad eccezione del Pronto Soccorso).

• **Organizzazione e responsabilità** - La gestione delle attività dell'OdC è riconducibile all'organizzazione distrettuale e/o territoriale delle aziende sanitarie. La responsabilità gestionale-organizzativa complessiva dell'OdC. è in capo ad una figura individuata anche tra le

professioni sanitarie dalla articolazione territoriale aziendale di riferimento e svolge a che una funzione di collegamento con i responsabili sanitari, clinici ed assistenziali, e la direzione aziendale.

La responsabilità clinica dei pazienti è attribuita a un medico di medicina generale (pediatra di libera scelta se OdC pediatrico) oppure ad un medico operante nella struttura scelto tra i medici dipendenti o convenzionati con il Ssn o appositamente incaricato dalla direzione della struttura (Per le strutture private, un medico incaricato dalla struttura).

La responsabilità assistenziale è in capo all'infermiere secondo le proprie competenze. L'assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica è garantita nelle 24 ore.

• **Aspetti strutturali** - L'identificazione della struttura da utilizzare come Ospedale di Comunità deve seguire il criterio dell'economicità e razionalità e la progettazione degli spazi è orientata principalmente a garantire il benessere fisico e psicologico del paziente. Aspetti strutturali da contemplare nei requisiti regionali: Spazio attesa visitatori; Strutture di degenza con camere singole e camere da 2 a 4 posti letto aventi accesso diretto al bagno e poltrona comfort per il familiare e/o per la mobilitazione del paziente; Aree soggiorno/consumo pasti; Locale per visite e medicazioni; Locali di lavoro per personale; Spogliatoio per il personale con servizio igienico; Locale/spazio di deposito materiale pulito; Locale/spazio di materiale sporco; Locale sosta e osservazione salme, in assenza di servizio mortuario.

Tecnologia - Aspetti tecnologici da contemplare nei requisiti regionali: Impianto di climatizzazione tale

da garantire che la temperatura estiva e invernale sia compatibile con il benessere termico dei ricoverati; Impianto di erogazione ossigeno stabile o mobile; Impianto di comunicazione e chiamata con segnalazione acustica e luminosa al letto; Dotazioni tecnologiche idonee a garantire assistenza ordinaria e in emergenza, compresi dispositivi diagnostici; Presidi antidecubito; Attrezzature per mobilitazione/mobilità compresi gli ausili tecnici per la mobilità (corrimano, deambulatori) e trasporto dei pazienti.

• **Requisiti organizzativi e standard clinico-assistenziali** - L'OdC, pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari, come i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale e compresi i Servizi di Emergenza Urgenza territoriali. L'Ospedale di Comunità costituisce un setting ideale per promuovere una maggior integrazione sia con la Comunità Locale (associazioni di volontariato) che con i Servizi Sociali. La collaborazione tra ambito sanitario e sociale e la comunità locale rappresenta un elemento qualificante dell'Ospedale di Comunità a garanzia di una risposta ad un ampio insieme di bisogni e di tempestiva programmazione delle dimissioni. Inoltre, la collaborazione con le associazioni di volontariato potrà offrire un utile contributo anche nella rilevazione della qualità percepita dei pazienti e dei familiari/caregiver.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il pdf del Documento Regioni

Medici del territorio, soldati in prima linea con le armi spuntate

Improvvisamente, a causa di una serie di fattori che forse si potevano prevedere ad un livello più professionale, ci siamo trovati ad affrontare la più grande crisi sanitaria che il nostro Paese abbia mai subito. In questa situazione i medici delle cure primarie si sono trovati a presidiare la prima linea sorretti forse più dalla loro professionalità e iniziativa che dall'efficacia del sistema e delle sue scelte

Alessandro Chiari - Segretario Regionale Fismu - Emilia Romagna

Se penso a quanto accaduto dopo il periodo trascorso dal "giorno zero" in cui è esploso il contagio da Covid19 è che la prima impressione avuta è quella della sottovalutazione dell'intera faccenda. Forse qualcuno pensava che si potesse risolvere tutto in una bolla di sapone, che le informazioni che arrivavano dalla Cina erano esagerate o che in qualche modo qualcuno avrebbe trovato un rimedio. Purtroppo si deve evincere che dalle precedenti 'invasioni' virali non si è imparato proprio nulla. Tra noi Mmg, figure professionali abituate ad operare in prima linea, questo timore c'è sempre stato. Questa volta, inoltre, arrivano periodicamente una serie impressionante di informazioni contrastanti tra loro sull'infettività e la gravità dei sintomi e la loro evoluzione, sulla letalità, sui ceppi e sul virus stesso. Non mi ricordo, a memoria, dopo trent'anni di lavoro, una situazione scientifica ed epidemiologica così confusa. Forse in un primo momento, caratterizzato da una completa assenza e scarsità di informazione, abbiamo avuto, soprattutto nel nostro Paese, una esplosiva mole di infor-

mazioni e di dati in poco tempo tale da generare confusione tra le evidenze ed i dati stessi e probabilmente un numero considerevole anche di dark data tanto che non riusciamo a processarli tutti. Forse addirittura abbiamo la soluzione a portata di mano, ma non riusciamo a pescarla. Il dato dei preponderanti numeri di infetti nelle regioni del Nord non meraviglia, visto che in questa area si concentra la maggior percentuale del Pil del nostro Paese e anche di scambi commerciali con relativi spostamenti di uomini e merci. La mappa mondiale dei contagi ci fa vedere come, in ogni caso, la via del contagio si sia sviluppata primariamente sulle rotte aeree provenienti dalla Cina e solo successivamente da quelle di cittadini italiani o stranieri infettati provenienti dall'Italia.

► Il tempo perso ed il caos organizzativo

Certamente tutti gli addetti ai lavori con cui ci siamo potuti confrontare hanno avuto la nostra stessa impressione: che si sia perso molto tempo e che si sia veramente sottovalutato il tutto in un frangente caratterizzato, purtroppo, da un cli-

ma di guerre politiche che hanno verosimilmente messo in secondo piano questa emergenza. Molti degli stessi addetti vedono un peccato originale che ravvisano nella decennale 'smilitarizzazione' del Ssn con la perdita dei posti letto ospedalieri, di medici e degli operatori sanitari. La risposta diagnostica ritardata va imputata proprio a questi fattori.

Da quando nel 2010 si è cominciato ad investire sempre di meno nelle strutture sanitarie del Ssn e a parlare di sistema ad iso-risorse, abbiamo visto tanti mattoncini che si sfaldavano e venivano persi strada facendo. Nella nostra sanità poi, a dire il vero, e non ne abbiamo mai capito bene la causa, nei momenti di crisi si è andati sempre a cercare di reperire i soldi deprestando quelle strutture che facevano parte dei sistemi di emergenza e urgenza, essenziali sia per il territorio sia per l'ospedale invece di mantenerle efficienti e rinunciare a certi percorsi caratterizzati da risposte superflue. La politica nazionale e regionale ha puntato sulla realizzazione di strutture che assicurassero visibilità piuttosto che sui mutati bisogni di assistenza sanitaria che richiedeva-

no un rafforzamento delle strutture territoriali e di quelle intermedie. In certe regioni poi si è delegato troppo al privato, svendendo ad esso parti di sistema di cui però nel momento dell'emergenza si è sentita la mancanza. E così siamo naufragati nell'impossibilità fisiologica del privato di sostenere ritmi, carichi, sacrifici ed efficacia sanitaria nel momento dell'emergenza. Un'altra cosa molto preoccupante è che ci si sia trovati completamente impreparati anche a livello di presidi di protezione come mascherine e altre componenti protettive. Si potrebbe pensare ad un esercito già parvo di soldati, ma anche privo di strumenti difensivi, un po' come se ci chiedessero di fermare un nemico consegnandoci dei caricatori, ma dimenticandosi di dotarci delle necessarie munizioni.

► L'ambulatorio luogo di possibile contagio

In ogni caso però i Mmg hanno capito subito di essere seduti su una bomba a tempo rendendosi conto di essere i gestori di uno spazio ambulatoriale che se non amministrato bene sarebbe potuto diventare un luogo di possibile contagio. Già dai primi giorni si è cominciato ad affiggere cartelli negli ambulatori con una serie di raccomandazioni ai "signori pazienti". Prima di tutto si è chiesto ai cittadini di recarsi in ambulatorio solo per casi di assoluta necessità raccomandandosi che nelle sale di attesa non sostassero troppi pazienti contemporaneamente al fine di rispettare quella distanza di sicurezza che si è individuata come importante per evitare la forza infettiva dovuta alle particelle di Flügge. Inoltre eventuali visite per patologie di raffreddamento e tosse non potranno accedere direttamente, ma solamente previo

accordo telefonico e successivo appuntamento così come i pazienti con febbre che devono contattarci telefonicamente e non entrare in ambulatorio spontaneamente. Personalmente ho sconsigliato l'ingresso in ogni caso a bambini sotto i 12 anni ed anche le donne in gravidanza che devono telefonare prima di accedere. Stiamo anche utilizzando al massimo delle sue possibilità il Fse (Fascicolo Sanitario Elettronico) a cui in Emilia Romagna riusciamo ad accedere ed operare facilmente grazie alla Cartella Sole che è il nostro software on line e al momento abbiamo anche sospeso le visite degli informatori scientifici. È peraltro necessario potere certificare a distanza basandosi su quel rapporto fiduciario medico paziente che il legislatore non ha mai voluto riconoscere nella redazione dei certificati di malattia (e in ogni caso sarebbe ora di riconoscere per i certificati di malattia). Così come si ritiene valido il telefono come mezzo di lavoro deve esserlo anche per i certificati e non solo per i consigli, basandosi appunto sul rapporto fiduciario che giustifica tale scelta. Certamente per la nostra protezione, e per riguardo verso gli altri assistiti, è assolutamente necessario indossare camici di protezione così come mascherine e occhiali e tenere la giusta distanza dal paziente. In generale abbiamo visto una buona collaborazione dei pazienti e l'assoluta scomparsa di tutti gli assistiti cinesi a cui non sappiamo dare una spiegazione che possa essere pubblicata senza esporsi a polemiche.

► Abbiamo bisogno di protezione

Considerando che questa emergenza potrebbe essere caratterizzata da una durata complessiva

tutt'altro che breve, crediamo che sia prioritario mantenere anche il medico immune da infezione per evitare di cadere in una crisi sanitaria che non riesca ad assicurare il numero di Mmg appropriato per continuare a poter curare quella parte di pazienti cronici a cui dobbiamo comunque assicurare un'assistenza di livello professionale tenendo conto che già in condizioni normali facciamo fatica ad assorbire i normali carichi di lavoro ambulatoriale e domiciliare. Considerando il fatto che la diagnosi certa sia solamente l'esecuzione del tampone, il medico di famiglia si trova molto in difficoltà per le eventuali visite domiciliari che dovrebbero anch'esse essere erogate con la massima prudenza e che rappresentano un grosso rischio. Per la visite domiciliari sarebbe quindi il caso di istituire un'apposita *task-force* con un medico ed un infermiere con un'apposita formazione d'emergenza attivata dal Mmg.

In caso di sospetti infetti sintomaticamente critici crediamo che la via efficace sia solamente quella del ricovero rendendo pericolosa e superflua la visita del Mmg che invece continua ad essere insostituibile e deve essere preservato per gli altri assistiti. Per ora non si è ancora entrati nei canoni epidemiologici della pandemia e se un'asticella sanitaria va tenuta alzata questo è il momento di non abbassare la guardia e coinvolgere, oltre che la protezione civile, anche, se fosse necessario, la sanità militare. Non so perché mi venga in mente San Paolo e la sua avventura presso gli Ateniesi che adoravano il Dio Ignoto alla cui esistenza erano arrivati per speculazione filosofica senza tuttavia individuarlo e senza fondamenti di fede: capiremo come funziona questo virus?

Rinnovo Convenzione: la meta si avvicina?

Fa ben sperare la notizia del parere favorevole espresso dal MEF, rispetto all'Atto di indirizzo per il rinnovo dell'Acn della medicina convenzionata. Ora la palla passa alla Conferenza delle Regioni

// Un passo avanti fondamentale affinché i medici della medicina generale possano vedere finalmente riconosciuto una parte del loro diritto alla evoluzione del proprio reddito troppo ritardato dalla necessaria complessità di discussione del rinnovo normativo dell'Acn. Il percorso non è ancora alla fine, ma grazie alla primaria attenzione del ministro **Roberto Speranza**, prima, e del ministro **Roberto Gualtieri**, entro qualche mese la partita si potrebbe finalmente chiudere". **Silvestro Scotti**, segretario generale Fimmg, ha commentato così la notizia del parere favorevole espresso dal MEF, su impulso del ministro Roberto Gualtieri, rispetto all'Atto di indirizzo per il rinnovo dell'Accordo collettivo nazionale della medicina convenzionata.

L'Atto di indirizzo, come previsto per legge, era stato inviato alla Presidenza del Consiglio per una valutazione del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dopo qualche momento di *impasse*, si è aperto il percorso verso una determinazione definitiva dell'Atto. "Ora toccherà alla Conferenza delle Regioni - ricorda Scotti - attivare sulla base del parere favorevole la bozza preliminare già stilata il 5 settembre scorso".

Un percorso che dovrà ancora dipanarsi attraverso diversi *step*, ma che "se si evitano complessità burocratiche, a questo punto non più tollerabili, potrà concludersi entro pochi mesi".

Dal momento della formalizzazione dell'accordo tra sindacati e Sisac si passerà alla firma del presidente del Comitato di Settore, all'analisi della Corte dei Conti che descrive il proprio parere (nel termine di 15 giorni, parere per legge non vincolante) per poi, infine, passare in Conferenza Stato Regioni per la ratifica dell'Atto di Intesa, ratifica che corrisponderà in termini di data alla decorrenza dell'Acn.

► Gli arretrati

Entro breve, quindi, si potranno ottenere l'adeguamento degli stipendi dei medici al 2017 e il riconoscimento delle quote arretrate relative al 2018, 2019 e parte realizzata del 2020. Integrazioni dei trattamenti economici nelle misure dell'1,09% per il 2017, valore a cui si aggiunge l'incremento corrispondente dell'indennità di vacanza contrattuale pari allo 0,75%, per un totale dell'1,84%. L'approvazione dell'Atto di indirizzo crea poi anche la definizione dei contenuti economici a definirsi al completamento dell'Acn per il 2018 con un incremento previsto per il conseguimento

di un beneficio complessivo a regime del 4,23%. "Questo risultato - ha concluso Scotti - è molto importante, ma non può essere visto come un traguardo fine a se stesso, perché è parte del più ampio percorso che deve condurre alla definizione dell'Acn, che, va ricordato, sta subendo notevoli ritardi dovuti alla necessaria discussione di un normativo che deve omologare tutti gli articoli alle evoluzioni legislative degli ultimi 10 anni, evoluzioni che non sempre sono coerenti tra il livello nazionale e gli sviluppi regionali, che creano la necessità di una attenzione alla omogeneizzazione di tutte le norme e al loro coordinamento, che non metta in discussione quanto realizzato in questi anni ma che soprattutto non tarpi le ali allo sviluppo del territorio nella direzione che Fimmg auspica. Tutto questo però non poteva, e non può continuare a mettere in discussione le legittime aspettative economiche di una categoria ferma al 2010 e che, ricordiamo, assume nel proprio reddito anche i costi dell'assistenza, costi che in questi anni non si sono certo fermati per attendere l'Acn ma hanno seguito l'evoluzione delle situazioni economiche finanziarie e i medici se le sono caricate, di fatto, riducendo ulteriormente il proprio margine di reddito professionale".

No alla qualifica di pubblico ufficiale per i medici e il personale sanitario

La normativa contro la violenza sugli operatori sanitari e sociosanitari, licenziata dalle Commissioni congiunte, Giustizia e Affari Sociali, riconosce la procedibilità di ufficio e aggravio delle pene per chi commette aggressioni ai danni di tali professionisti, ma non lo status di pubblico ufficiale

Delusione per quanti si aspettavano il riconoscimento di pubblico ufficiale per medici e personale sanitario. Il Ddl approvato contro la violenza su medici e personale sanitario e socio sanitari dalle Commissioni congiunte Giustizia e Affari Sociali riconosce la procedibilità di ufficio e aggravio delle pene per chi commette aggressioni ai loro danni, ma non lo status di pubblico ufficiale, però obbliga le Aziende a costituirsi parte civile. A votare contro l'emendamento, presentato da **Michela Rostan** (ex Leu- Articolo1 oggi passata a Italia Viva) per il riconoscimento della qualifica di pubblico ufficiale sono stati Pd e 5stelle. La Lega ha abbandonato la Commissione per protesta contro questa decisione.

L'attribuzione della qualifica di pubblico ufficiale per gli operatori sanitari e per il personale sanitario in servizio aveva già avuto il parere contrario della Commissione Giustizia che ha ritenuto "improprio" riconoscere tale status "a figure professionali della sanità, caricandole anche di aggravii di responsabilità non consoni". Una posizione suffragata anche dalla Consulta delle professioni sanitarie e socio sanitarie dopo un approfondimento tecnico. La scelta quindi è stata quella di seguire il dettato della Commissione Giustizia, cercando una mediazione per cui, anche se il riconoscimento legale dello status di pubblico ufficiale è stato negato, le tutele che tale riconoscimento

avrebbe comportato sono state garantite.

Questa di fatto è l'opinione della maggioranza e del governo sul Ddl approvato.

In sintesi, quando la legge verrà approvata chiunque farà violenza a un medico, a operatore sanitario o sociosanitario, in qualsiasi luogo stia lavorando, incorrerà nelle medesime pene previste per l'aggressione a un pubblico ufficiale. Proprio per questo motivo sono state additate come strumentali le proteste della Lega che ha promesso di dare battaglia durante l'iter di approvazione in Parlamento.

► Un commento duro

Il commento più duro è stato quello di Michela Rostan che in un post su Facebook dà un giudizio molto critico su quanto accaduto in Commissione. Sottolineando che la decisione presa con la votazione "Mostra il più totale disinteresse per i problemi di una categoria che quotidianamente si adopera per tutelare la nostra salute tra mille problemi logistici e organizzativi. Io ho fatto tutto quello che potevo: ho difeso la proposta fino a votare in dissenso da governo e maggioranza. Ora tocca agli altri prendersi la responsabilità delle loro scelte. La mia battaglia è stata limpida e decisa. La legge sulla violenza ai medici e al personale sanitario uscirà dalla Camera imperfetta, inefficace, insufficiente. C'è grande rammarico. Ma ho l'orgoglio di aver difeso fino in fondo le cose in cui credo".

Serve una svolta nella preparazione dei giovani medici

Per molti Mmg la pensione si avvicina, ma la formazione di coloro che li sostituiranno è inadeguata a rispondere ai mutamenti repentini a cui abbiamo assistito, inoltre è ancora organizzata attraverso una specializzazione avulsa dal contesto universitario e dai cambiamenti sociali

Ivano Cazzolato - Medico, Psicoterapeuta - Didatta ITFV, Treviso

In questi anni abbiamo assistito ad un preoccupante smarrimento riguardante le specificità della Medicina di Famiglia. La costituzione delle Medicine di Gruppo Integrate sembrano arrancare e sprofondare nella burocrazia e nell'inseguire obiettivi da raggiungere a tutti i costi. L'impressione è che siano state costituite tante scatole vuote e che tali rischi di rimanere se non verranno riposte competenze, l'uso di nuove tecnologie, strumentazioni, che rispondano ad una domanda territoriale.

Il cambiamento al quale abbiamo assistito, è stato repentino, e molti professionisti che lavoravano da decenni sul territorio, *ob torto collo*, hanno scelto di costituirsi in una medicina di gruppo. Ciò è avvenuto senza che prima venisse pensata e organizzata una squadra alla quale però si chiedeva di operare in modo nuovo, ma senza fornire gli strumenti, poiché, come spesso accade, decisioni politiche calano sulla testa di professionisti coinvolti poco. Ciò che ha prevalso sono stati i numeri e le statistiche, l'idea del risparmio economico e le applicazioni di *management* a medici che, da anni, come unico strumento di lavoro, avevano lo steto-

scopio e talvolta, in anni precedenti, era stato difficile per una quota di loro, perfino accettare l'innovazione apportata dall'avvento del computer. Medici abituati a lavorare in uno studio proprio, a non confrontarsi con i colleghi, se non di rado, in occasione dei corsi di aggiornamento, questi ultimi più improntati sull'economia sanitaria che sul benessere della persona.

► Lo spettro del pensionamento

La maggior parte dei medici che lavorano oggi sul territorio non è lontana dal pensionamento. La preparazione di coloro che li sostituiranno è stata organizzata attraverso una specializzazione completamente avulsa dal contesto universitario. A differenza delle altre specializzazioni, quella in MG prevede tre anni di formazione. Durante il percorso, gli allievi, oltre allo studio teorico, sperimentano l'importanza di un inserimento diretto nei reparti di interesse medico, chirurgico, nei pronti soccorso, in pediatria, in ginecologia, etc. Tutto ciò è senz'altro utile anche perché potrebbe creare un *trait d'union* relazionale tra coloro che lavorano in ospedale e il giovane medico che, a breve, lavorerà sul territorio.

Il divario tra scuole di specializzazione afferenti all'Università e quella della Medicina Generale, rischia di stigmatizzare una disparità sottesa, tra ciò che si fa operando in ospedale e ciò che si fa operando sul territorio. Come se si trattasse di due medicine distinte e per certi versi lo sono. La medicina di famiglia, rappresenta una medicina di primo livello, ma l'assenza dell'autorevolezza che l'Università fornisce alle altre specializzazioni, rischia di farla apparire svuotata dei potenziali contenuti. Oggi è facile che un paziente salti il primo livello per rivolgersi direttamente al secondo livello, rappresentato dai pronti soccorso ormai sommersi e oberati dal lavoro.

► Formazione e interrogativi

Vien da chiedersi se un giovane neolaureato oggi sceglie la specializzazione in MG, perché lo desidera o perché ha fallito nel tentativo di entrare in altre specializzazioni? Inoltre, quello che troverà facendo il Mmg, rappresenterà l'applicazione di quanto avrà appreso nel corso della scuola di formazione? Nella scuola di formazione, che posto è riservato allo studio della comunicazione e soprattutto della relazione-medico paziente?

Sarà costretto ad imparare sul campo come hanno fatto le generazioni di medici che lo hanno preceduto? Sarà un approfondimento che dovrà decidere il singolo, in base alle proprie inclinazioni o alla propria sensibilità? Che forza relazionale riuscirà ad avere quando, come un regista, dovrà mettere insieme i bisogni del paziente, linee guida, direttive delle Asl che impongono determinati obiettivi, l'etica personale, i rapporti con gli altri colleghi, i rapporti con i medici ospedalieri? Quale autorevolezza riuscirà ad avere, confrontandosi con tutte queste figure e, soprattutto quale ascolto? Certo, ci sono le organizzazioni sindacali che tutelano gli interessi della categoria, poi però sul campo, c'è il singolo, la persona, costituita da tutti i vissuti e le esperienze che lo riguardano, dalla sua storia personale, scandita in parallelo con quella dei pazienti, e l'incontro con le loro famiglie e con i temi che portano. Ci sono temi che riguardano le famiglie appena costituite, quelle in cui convivono due persone. Ma i cambiamenti sociali hanno portato ad uno vero e proprio stravolgimento. Oggi ci sono nuove famiglie costituite da: coppie miste, etnie diverse e culture diverse e non sempre il giovane medico è preparato ad accoglierle. Ci sono poi famiglie con figli adolescenti molto più impegnativi di quelli della generazione appena precedente. Portano con sé temi di solitudine, di vergogna, di bassa autostima, di autolesionismo, di dipendenze a nuove sostanze, ecc. Poi ci sono le famiglie anziane, con tutti i loro temi di solitudine, di restrizione dello spazio vitale, di malattie croniche, di preparazione alla morte e al morire. Poi ci sono quelle di persone separate e quelle ricomposte,

all'interno delle quali, spesso nascono nuovi figli.

► Nosce te ipsum

Un altro grande interrogativo è come ogni famiglia che vedrà il giovane medico, affronterà il dolore, declinato in tutte le sue sfaccettature: quelli profondi che riguardano la malattia oncologica o una cronica invalidante, quelli legati alla perdita, ma anche alle ferite familiari. Ci sono poi dolori legati alla difficoltà ad allargare il concetto di normalità, come l'accettazione della propria diversità. Soprattutto, ci sono dolori legati alla fatica di crescere. Un medico giovane uscito dalla scuola di specializzazione e inserito subito in un contesto lavorativo, in che modo saprà affrontarli se non avrà prima imparato a conoscere se stesso, a spazzare via i pregiudizi, ad accogliere l'altro non solo vedendo la malattia, ma la persona, senza difendersi dietro ad un camice. Quanto sarebbe importante conoscere e approfondire il Ciclo di Vita della famiglia e tutti i compiti di sviluppo che essa comporta, per avere contezza di ciò che può accadere nelle famiglie, dove spesso i modelli di trasmissione si ripetono, dove per alcune vigono alcuni valori, come ad esempio il matrimonio, il distacco di fronte ad un lutto, la condizione socio-economica, la laurea etc.? Per non cadere nella trappola dell'*Alexthymia* o in quella della fissazione somatica che amplifica la spesa sanitaria, attraverso l'attivazione di accertamenti inutili, solo perché non si è capito che il dolore non sta lì, ma è un dolore profondo, emotivo? Quanto un giovane può tenere conto di ciò che afferma la Mc Dougall sui Teatri del Corpo, quando precisa che il paziente, spesso, per non impazzire, usa la mente come una sorta di giocattolo, confinandosi sul so-

ma il proprio dolore? Come si porrà il giovane medico di fronte a tutti questi temi, senza una preparazione che non riguarda solo lo studio della relazione di cui da anni, alcune società scientifiche si occupano, ma piuttosto di un lavoro sul proprio modo di essere medico, sulle proprie credenze, sulle proprie contraddizioni, sulle proprie difficoltà ad affrontare alcuni temi che non siano quelli strettamente organici dove l'esperienza maturata durante la formazione, sarà sufficiente.

A volte le domande dei pazienti, vanno ben oltre, sono domande che possono colpire, imbarazzare, mettere a disagio. Quando il paziente si espone tanto, rischiando con una domanda che va oltre l'aspetto organico, vorrebbe che il medico facesse altrettanto. In quel momento gli sta chiedendo di definirsi, di esplicitare qual è la sua opinione, cosa ne pensa della scelta che intende fare in quel momento, se può consigliargli qualcuno di altamente professionale a cui rivolgersi.

La proposta è quella di attivarsi per una formazione *ad hoc* che li aiuti ad affrontare tutti questi temi, partendo dalla considerazione che ciò che distingue il medico di famiglia dagli altri, è che si rapporta non solo con il paziente, ma con tutta la famiglia che impara a conoscere nel tempo. Per questo ritengo imprescindibile il ricorso ad una formazione che consenta di lavorare con serenità anche su questo piano che non occupa una parte minore, ma rappresenta una grande componente del lavoro quotidiano. Lavorare su questi temi, significa lavorare anche sui propri vissuti, perché anche il medico ha una famiglia, un progetto di vita, e le stesse difficoltà e le stesse risorse che caratterizzano i pazienti. Chi desiderasse ulteriori informazioni, può scrivere a: ivanocazzolato54@gmail.com.

Le funzioni della segretaria di studio tra realtà e immaginario

Una riflessione sul collaboratore di studio del medico di medicina generale. Figura indispensabile, ma che a differenza di quanto percepito dagli assistiti, non può essere delegata a espletare compiti che sono responsabilità e prerogativa del medico

Massimo Calisi

Medico di medicina generale, Pescara - Segretario regionale Fismu-Abruzzo

È utile una riflessione per capire come mai scenari che vedono la segretaria o il collaboratore di studio del Mmg trattare, appuntare dati medici, prescrizioni e ricette mediche sia divenuta una prassi normale, legittima considerata anche tutelante la salute. Ma non è affatto così. Vi è molto da informare e formare in Medicina, a partire dalla basilare organizzazione medica anche intellettuale, specie nella proposta dei *microteam* in Medicina Generale.

Alla segretaria e/o collaboratore di studio del Mmg che è un lavoratore privato non è richiesto nessun titolo di studio, non essendo operatrice sanitaria non è gravata dal segreto di ufficio come i lavoratori dipendenti statali o parastatali o di cooperative di enti pubblici (Cup, Asl, municipi, tribunali, ecc.). Secondo la legge, nell'adempimento delle proprie funzioni, non potrebbe né partecipare, né ascoltare, né leggere, né copiare, né fotocopiare o scannerizzare, né stampare, né appuntarsi le ricette, né consegnarle nemmeno in busta chiusa. Tale lavoratrice o lavoratore di segreteria/collaboratore di studio del Mmg però svolge un lavoro delicato, importante, serio e

deve essere formato e informato dei propri diritti e doveri, dei rapporti e delle funzioni che deve avere nei confronti del medico e dei pazienti/assistiti. Deve avere una propria autonomia nelle funzioni lavorative, non deve stare in condizioni non proprie perché imposte dal medico o dai pazienti, deve avere tutela sindacale come tutti. Le ricette devono essere appuntate dal medico.

► La responsabilità è del medico

Per il collaboratore di studio a differenza di un professionista sanitario non esistono norme o codici di condotta che lo vincolino al segreto sui dati personali che tratta, al di là del rapporto di dipendenza da un medico di medicina generale soggetto al codice deontologico, alla giustizia penale e al *General Data Protection Regulation* in tema di *privacy*.

Il medico può autorizzare con lettera di incarico il collaboratore ad accedere solo ai dati personali e non a quelli di salute dei pazienti, solo così non si pongono problemi relativi alla disciplina del segreto professionale; se invece al collaboratore permette l'accesso an-

che ai dati sensibili possono sorgere inconvenienti la cui responsabilità grava sicuramente sul medico. Nella tutela della *privacy* e del segreto professionale medico rientrano redazione, consegna, trasmissione della ricetta dematerializzata che, al pari della cartacea, ha valore giuridico di certificato (ove individua il soggetto ed i suoi doveri/diritti di partecipazione/esenzione alla spesa) e di autorizzazione amministrativa (dove è indicato il farmaco). Ne consegue che la sua compilazione/redazione/stesura/stampa è un atto medico non delegabile. La ricetta medica a tutto tondo, nella sua scrittura, lettura, consegna ha una qualifica di atto medico per via dell'unicità prescrittiva riconosciuta al medico da leggi e sentenze, la ricetta è sempre, solo e soltanto atto medico, che segue ad esame obiettivo ed a diagnosi, non delegabile a terzi anche se medici. La firma (o la *password* o la firma digitale in caso di dematerializzata) è a garanzia che quei due processi sono stati effettuati dalla stessa persona. Come per la ricetta su carta, nella forma dematerializzata chi preme il bottone di stampa dev'essere il medico.

■ CARDIOLOGIA

Fattori di rischio per stenosi valvolare aortica

La rapida crescita della prevalenza della stenosi valvolare aortica (AVS) non reumatica viaggia in parallelo con l'invecchiamento della popolazione. Sebbene un lieve declino dell'incidenza dell'AVS abbia suggerito che un migliore controllo del fattore di rischio CV possa limitarne lo sviluppo, la prevenzione cardiovascolare mediante terapia ipolipemizzante ha fornito risultati contrastanti nella riduzione della progressione di malattia. Oltre alla dislipidemia, altri fattori di rischio cardiometabolici tradizionali come obesità, ipertensione e diabete hanno anche dimostrato di aumentare il rischio di AVS. Con l'obiettivo di valutare l'associazione dei fattori di rischio CV con la malattia valvolare aortica al fine di identificare potenziali strategie preventive è stata condotta una ricerca pubblicata in *e-Journal of Cardiology Practice*, organo dell'European Society of Cardiology.

► Fattori di rischio

Nella ricerca vengono segnalati i fattori di rischio di AVS.

- **Lipoproteine.** Vi è un crescente interesse per il loro possibile coinvolgimento causale. Lp(a) è una lipoproteina aterogena associata alla calcificazione della valvola aortica e all'AVS. Sebbene rimanga da stabilire se tali osservazioni si possano tra-

durare nel concetto che la loro riduzione possa rallentare la progressione dell'AVS, Lp(a) potrebbe essere considerato un biomarcatore per guidare il follow-up clinico, i tempi di intervento e la stratificazione del rischio.

- **Obesità.** L'obesità aumenta il rischio di stenosi aortica. L'associazione tra indice di massa corporea (BMI), adiposità addominale (circonferenza vita) e indice di massa grassa è associata al rischio di sviluppare AVS. I ricercatori hanno stimato che fino al 10% dei casi potrebbero essere evitati se l'intera popolazione mantenesse un BMI ≤ 25 kg/m².

- **Ipertensione arteriosa.** È presente nel 21% dei pazienti con AVS e circa 1% dei soggetti ipertesi presenta AVS. Si deve anche considerare che l'ipertensione può influire sulla presentazione clinica dell'AVS. La diagnosi precoce e il trattamento dell'ipertensione meritano ulteriori esplorazioni con studi dedicati.

- **Stile di vita.** Poiché sia l'obesità che l'ipertensione sono fattori di rischio per AVS, ci si aspetterebbe un beneficio aggiuntivo se l'attività fisica porta alla perdita di peso e alla riduzione della PA. Nel loro insieme però gli effetti dell'attività fisica e della dieta potrebbero non essere sufficienti per diminuire il rischio di AVS. Tuttavia, ciò è in contrasto con altri esiti cardiovascolari: modelli dietetici sani e attività fisica riducono il rischio di

IMA, insufficienza cardiaca e ictus.

- **Alcol e fumo.** Simile alle osservazioni per altre malattie CV, un consumo modesto di alcol sembrerebbe essere protettivo. Studi osservazionali hanno scoperto che il fumo è associato con un rischio maggiore del 30% per AVS, che aumenta proporzionalmente con l'aumentare dell'intensità del fumo.

- **Funzione renale.** Uno studio sulle misure sieriche di creatinina su oltre un milione di soggetti ha rivelato che una ridotta velocità di filtrazione glomerulare è associata ad un aumentato rischio di AVS.

- **DMT2.** Il diabete di tipo 2 è stato associato ad un aumento dell'AVS. Data la stretta connessione tra i fattori di rischio cardiometabolico, è anche importante prendere in considerazione l'obesità come possibile confondente per la relazione tra DMT2 e AVS.

► Conclusioni

Nelle conclusioni gli autori suggeriscono che le strategie terapeutiche potrebbero potenzialmente includere la perdita di peso, la riduzione dei livelli di Lp(a), l'interruzione del fumo, nonché trattamenti antipertensivi e antidiabetici. Identificare altri fattori di rischio che contribuiscono all'incidenza e alla progressione dell'AVS sarà la chiave per progettare misure preventive per rallentare la progressione dell'AVS e infine prevenire, o almeno rimandare, gli interventi.

BIBLIOGRAFIA

- Bäck M, Larsson SC. Risk factors for aortic stenosis. *e-Journal of Cardiology Practice* 2020; Vol. 18, n. 11

Elastofibroma dorsale: casi clinici dalla medicina generale

La comparsa di tumefazioni del dorso, soprattutto bilaterali, in sede angolo scapolare deve far sospettare la presenza di elastofibroma dorsale (ED). In genere la lesione è visibile all'ispezione, altre volte si potrebbe parlare di "tumefazione fantasma": sono i pazienti che riferiscono un rigonfiamento occasionale. Con alcune manovre il Mmg può facilitare la comparsa dell'ED che si accompagna, a volte, alla caratteristica sensazione di "scatto"

Arcangelo Minei - Medico di medicina generale, specialista in Endocrinologia - Taranto

Antonella Minei - Corso di Formazione Medicina Generale - Taranto

Nella pratica quotidiana del medico di medicina generale non è raro il riscontro di formazioni/tumefazioni al dorso visibili all'ispezione in corso di una visita medica per motivi vari (auscultazione del torace, dorsalgie, ecc) o perché riferito dal paziente. Molto spesso ci si imbatte in lesioni che il paziente ignora, altre volte si scoprono lesioni che hanno dei comportamenti particolari. È il caso di una tumefazione angolo sottoscapolare destra che era assente a riposo e che compariva, in tutta la sua compiutezza, con particolari movimenti del braccio. Naturalmente osservare tale tipo di lesione induce a fare ipotesi diagnostiche che spaziano dalle più semplici a quelle più serie.

► Approfondimento

La ricerca in letteratura di tali neoformazioni conduce ad un particolare tipo di lesione: l'elastofibroma dorsali (ED). L'ED viene descritto come una rara formazione, benigna, della parete toracica che elettivamente si localizza nella regione profonda infra/sottoscapolare adesa al piano toracico tra i muscoli grande romboideo, grande rotondo e latissimo del dorso^{1,2}. In lettera-

tura pare siano stati descritti circa 300 casi di ED, ciò ne giustificherebbe la relativa rarità. Nella pratica clinica personale mi sono imbattuto in quattro casi di ED che sicuramente sono stati motivo di preoccupazione, discussione e approfondimenti diagnostici per la diagnosi differenziale che tali lesioni possono evocare. Infatti, sebbene ad un esame sommario, possono sembrare dei semplici lipomi le caratteristiche, consistenza, non facile spostabilità sui piani cutanei e muscolari profondi, a volte la rapida crescita creano dubbi diagnostici portando a considerare la eventualità di lesioni sarcomatose o ad altri tipi di neoplasie. Istologicamente l'ED si caratterizza per la presenza di fibre collagene intimamente commiste a fibre elastiche e ad isole di tessuto adiposo maturo. La diagnosi anatomo-patologica di elastofibroma è in genere lapidaria, non essendoci varietà istologiche della lesione né tanto meno, vista la benignità della stessa, problematiche di gradazione. Circa la natura dell'ED alcuni la ritengono una neoplasia vera e propria altri una lesione similtumorale dovuta alla proliferazione di tessuto collagene conseguenza di sollecitazioni mi-

crotraumatiche croniche che determinerebbero una iperproliferazione di fibre collagene e contemporanea degenerazione di fibre elastiche. Infatti, secondo alcuni AA, la lesione sarebbe più facilmente osservabile in soggetti occupati in lavori manuali di un certo impegno. Altri la ritengono l'espressione di una anomalia familiare e/o genetica della fibrillogenesi che spiegherebbe i casi di ED presenti in più familiari. L'ipotesi di origine neoplastica è stata recentemente riconsiderata e rivalutata sulla base di evidenti anomalie genetiche e cromosomiche⁴. Nel 2006 Hisaoka e Hashimoto hanno evidenziato una proliferazione monoclonale di cellule mesenchimali (CD34-positivo) in molti casi di ED. A prescindere dalla eziopatogenesi l'ED è una neoformazione benigna con una maggiore incidenza nel sesso femminile (rapporto femmine-maschi 13/1)⁵ e a comparsa generalmente oltre i 55 anni. L'opinione oggi più condivisa è quella che riconosce nella lesione una verosimile predisposizione genetica o un difetto enzimatico che spiegherebbe localizzazioni in sedi diverse rispetto alla scapolare e non escluderebbe l'azione patogenetica di microtraumi cronici⁶. Si descrivono di seguito 4 casi clinici.

CASI CLINICI

► Formazioni angolo scapolari

FF, maschio, 67 anni, attività lavorativa pregressa metalmeccanico, attualmente pensionato. Riferisce la presenza di tumefazione asintomatica angolo scapolare destra da vari anni (circa 10). Da circa 5 anni incremento della lesione con sintomi dolorosi che si manifestano sia durante particolari movimenti della spalla che, oramai, anche a riposo.

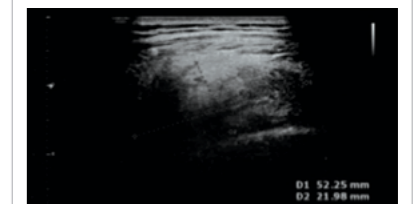


- **Esame obiettivo:** presenza a livello dorsale di tumefazioni angolo scapolari bilaterali; altre tumefazioni regione lombare e inguinale a sinistra. Il riscontro di tumefazioni del dorso aumentate di consistenza induce a chiedere approfondimenti diagnostici.
- **Indagine ecografica:** evidenzia a

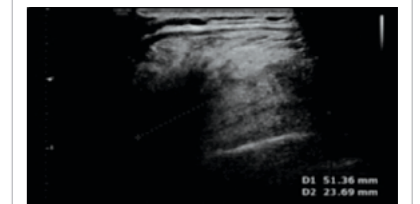
livello angolo scapolare bil. in sede di tumefazioni palpabili - a Dx; neoformazione ovoidale disomogenea adesa alla parete toracica di 60 x 35 mm circa, a Sx; neoformazione ovoidale disomogenea adesa alla parete toracica di 50 x 22 mm. Le caratteristiche ecografiche sono simili per le due tumefazioni angolo scapolari: struttura striata con fondo normo/ipoecogeno e strie iperecogene interposte. I margini appaiono sfumati rispetto ai tessuti adiacenti senza chiari fenomeni di infiltrazione e/o erosione ossea.

- **TAC:** le due formazioni angolo scapolari alla TC, con tecnica spirale multistrato in condizioni di base, vengono descritte come formazioni solide delle dimensioni assiali massime

rispettivamente di 8 x 3.8 cm a dx e 6.3 x 3.3 cm a sinistra, compatibili in prima ipotesi per elastofibromi. Nel contesto muscolo infrascapolare di sx presenza di formazione ovoidale a densità adiposa delle dimensioni assiali massime di 2.6 x 1 cm, compatibile in prima ipotesi con lipoma. Il paziente è in attesa di intervento chirurgico.



Ecografia reg.angolo-scapolare dx



Ecografia reg.angolo-scapolare sx

► Neoformazione dorso regione scapolo omerale

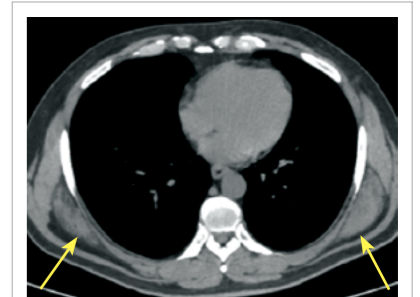
LG, maschio, 65 anni. Da circa 8 anni riferisce presenza di tumefazioni dorsali bilaterali. Impiego lavorativo, portaflettere. Attualmente in pensione. In anamnesi pregressa frattura piede destro, valido trauma conclusivo spalla sinistra. Malattia di Werlof, diabete tipo 2 in trattamento con ipoglicemizzanti orali. Ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico. Ottobre 2018 aumento di volume della tumefazione angolo scapolare sinistra, che appare di consistenza teso elastica con caratteri di fissità ai piani profondi e piani superficiali facilmente scorrevoli.



- **Indagine ecografica** (gennaio 2017): coincidente con la tumefazione palpabile è riconoscibile tra il piano sottocutaneo e quello muscolare formazione disomogenea, in parte ipo ed in parte iperecogena di forma ovoidale a maggior asse di 3.3 cm con spessore massimo di 8.2 mm. Tale neoformazione presenta contorni indistinti ed è riferibile in prima ipotesi ad ED.

- **TAC torace senza mdc:** ED del dorso bilaterale; si estendono in senso cranio-caudale per 7.5 cm circa, il dx, che ha margini sfumati in alcuni tratti, ha diametri massimi sul piano assiale di 8 x 2.4 cm circa, mentre il sinistro di 8.5 x 2.8 cm circa.

- **Trattamento e decorso clinico:** per la comparsa di sintomatologia



TAC torace senza mdc

PDTA, da opportunità ad ostacolo per i medici di famiglia italiani

La Medicina Generale Italiana non è specialità accademica, non ha un campo di azione definito e pur dovendo farsi carico delle patologie frequenti non può farlo per una serie di impedimenti. Uno di questi è rappresentato proprio dai percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali che sono redatti prevalentemente dagli "specialisti"

Giuseppe Maso - Presidente SIICP

I percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) sono nati come strumenti di gestione clinica per definire l'insieme ottimale degli interventi nel contesto applicativo locale, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse professionali e tecnologiche a disposizione. Nel nostro Paese le "Area Sanità e

Sociale" delle Regioni producono i vari PDTA elaborati da gruppi di lavoro formati da specialisti di diversi settori. I documenti prodotti hanno come destinatari i Direttori Generali e Sanitari della Ulss, i responsabili di Distretto, i medici di medicina generale, gli specialisti della patologia considerata, gli infermieri, le farmacie e le associazioni dei malati (tabella

1). I PDTA non vanno confusi con le linee guida che sono dei documenti che hanno lo scopo di guidare le decisioni e i criteri relativi alla diagnosi, al trattamento e alla gestione di particolari patologie; queste si basano sulle prove disponibili (*Evidence Based Medicine*) e forniscono delle raccomandazioni pratiche. Le linee guida, a differenza dei PDTA,

non decidono chi fa cosa, ma come le cose vanno fatte.

La Medicina Generale Italiana non è specialità accademica, non ha un campo di azione definito e pur dovendo farsi carico delle patologie frequenti che non richiedono particolari attrezzature o manovre specialistiche di secondo livello non può farlo per una serie di impedimenti. Uno di questi ostacoli professionali è rappresentato proprio dai percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali che sono redatti prevalentemente dagli "specialisti" delle patologie prese in considerazione.

► Un processo produttivo

Il PDTA definisce dei ruoli obbligati e discrimina una categoria di medici a privilegio di altri che possono ostentare superiorità sulla maggioranza. In realtà i percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali indu-

cono dei bisogni e diventano un "processo produttivo". I pazienti diventano consumatori di specialità, il Sistema Sanitario come un'industria in cui le "specialità" acquisiscono un valore di mercato, il paziente diventa cliente e la visita specialistica un atto di consumo che crea altri atti di consumo. Tutto questo con una complicità, forse non intenzionale, dell'Università italiana che non ha fra le sue numerose cattedre quella della Medicina Generale. Le specializzazioni, in alcuni casi, appaiono come una manipolazione istituzionale del mondo medico e della visione dell'uomo. I PDTA sembrano essere un logico prodotto del comportamento burocratico che serve più all'organizzazione del sistema che alle persone; alimentano nell'utenza, se già non ce ne fosse bisogno, il "mito" della "specialità" screditando la Medicina Generale diventata "medicina di base".

Tutto questo con una passiva accettazione da parte dei Mmg italiani sopraffatti da un elefantiaco carico burocratico. A differenza dei colleghi europei i medici di famiglia italiani non crescono, non imparano, stanno fermi e non possono invadere il terreno delle "specialità" che hanno il monopolio dei piani terapeutici, del rilascio delle esenzioni dal ticket sanitario e dell'accesso alla diagnostica di secondo livello. Il medico "patentato" rilascia autorizzazioni ad altri medici. Questa rinuncia alla gestione delle patologie che non richiedono particolari attrezzature diagnostiche è stato un suicidio professionale. L'ingabbiamento in un ruolo ha portato ad una specie di "analfabetismo di ritorno" per cui buona parte dei Mmg disinformati, non è più in grado di farsi carico di patologie la cui cura ha ormai delegato da anni.

► Una disciplina in decomposizione

La MG italiana è una disciplina in decomposizione, il ruolo in cui giocano i medici di famiglia è diventato ormai una parodia della medicina. Si accetta la misurazione della professione con il calcolo delle attività all'interno di un processo "produttivo" ben sapendo che l'esperienza della medicina generale non è misurabile. Eppure basta guardarci attorno per vedere cosa avviene; prendiamo come esempio una patologia come il diabete (ma potremmo considerarne altre): mentre negli USA le autorità governative riconoscono l'efficacia di una applicazione dello *smartphone* per curare il diabete, i Mmg italiani sono obbligati a inviare i loro pazienti in centri "specializzati" (tabella 1). Non solo, le Società dei diabetologi italiani riportano nelle loro linee guida quelli che per loro sono i compiti del medico di medicina generale (tabella 2); in nessun'altra parte del mondo una specialità si permette di decidere quello che un'altra deve fare. L'American College of Physicians le linee guida se le fa da solo, così come lo fanno le altre società scientifiche della Medicina Generale. È ora di una rivoluzione nel sistema formativo della medicina generale italiana, la medicina di famiglia deve essere specialità accademica, deve avere un campo di azione definito, devono essere aboliti i vincoli che le impediscono di farsi carico delle malattie frequenti che non richiedono speciali attrezzature o manovre. Se questa rivoluzione non verrà fatta a breve la Medicina di Famiglia italiana si estinguerà a scapito dell'efficacia di un di un Sistema Sanitario Nazionale sempre più amministrato.

TABELLA 1

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) regionale per la gestione integrata della persona

Attività	Chi	Come/Azione	Descrizione
	Infermiere	Accerta e registra lo stile di vita (abitudini alimentari, alcool, fumo, attività fisica, attività lavorativa); misura e registra peso, altezza, BMI, PAO, circonferenza vita; calcola e registra il Rischio C-V (ISS e/o ESC Score)	<ul style="list-style-type: none"> • Profilo di rischio • Educazione sanitaria NB: negli studi privi di infermiere viene eseguito dal MMG
	Mmg	Effettua la visita generale; prescrive le indagini per il primo inquadramento diagnostico. Prescrive le prime indicazioni sullo stile di vita (dieta, attività fisica, abolizione fumo, etc.). Valuta l'opportunità d'iniziare una terapia farmacologica (metformina, se non presenti controindicazioni) e di invitare il paziente dal dietista	<ul style="list-style-type: none"> • HbA1c, Colesterolo totale, HDL, LDL (calcolato), Trigliceridi; Creatinemia, AST, ALT, GGT, glicemia, emocromo • microalbuminuria, • esame urine completo • ECG (ed eventuale visita cardiologica a discrezione del MMG) • Fundus oculi
		Invia il paziente al Centro Diabetologico	Per completare l'inquadramento diagnostico
	Centro Diabetologico	Inquadramento diagnostico, stadiazione clinica e delle eventuali complicanze; rilascio certificazione per esenzione diabete; compilazione, se necessario del piano terapeutico (anche per ipresidi) presa in carico Infermieristica, accertamento delle criticità assistenziali, pianificazione educazione terapeutica individuale e di gruppo; verifica la necessità di invio alla dietista	A seconda delle condizioni cliniche: <ul style="list-style-type: none"> • Avvia al Follow-up del diabete tipo 2 non complicato • Appronta, in accordo con il MMG, il piano assistenziale per i diabetici in trattamento insulinico e/o con complicanze e/o con controllo inadeguato

con Diabete Tipo 2 - Regione Veneto

Quando	Indicatori	Evidenze
Alla prima visita	3 4 5	
Alla prima diagnosi e poi in base all'esito degli esami di primo inquadramento	2 8 7 9	Livello della Prova III Forza della Raccomandazione B
Con priorità in base al compenso metabolico e all'esito degli esami di primo inquadramento		

TABELLA 2
Standard italiani per la cura del diabete mellito 2018
Compiti del medico di medicina generale

- Identificazione della popolazione a rischio aumentato di malattia diabetica tra i propri assistiti.
- Diagnosi precoce di malattia diabetica tra i propri assistiti.
- Identificazione, tra i propri assistiti, delle donne con diabete gestazionale.
- Presa in carico, in collaborazione con le Strutture diabetologiche (SD) per l'assistenza alle persone con diabete mellito, dei pazienti e condivisione del Piano di Cura personalizzato.
- Valutazione periodica, mediante l'attuazione di una medicina di iniziativa, dei propri pazienti secondo il Piano di Cura adottato, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze.
- Effettuazione, in collaborazione con la SD per l'assistenza alle persone con diabete mellito, di interventi di educazione sanitaria e counseling delle persone con diabete rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.
- Monitoraggio dei comportamenti alimentari secondo il Piano di Cura personalizzato.
- Organizzazione dello studio (accessi, attrezzature, personale) per una gestione ottimale delle persone con diabete.
- Raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con le Strutture per l'assistenza alle persone con diabete mellito di riferimento mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico.

TABELLA 3
Sintesi delle linee guida dell'American College of Physicians sulla terapia orale per il diabete di tipo 2

Destinatari	Internisti, medici di medicina generale, altri specialisti.
Target	Pazienti adulti affetti da diabete di tipo 2.
Terapia	Metformina, tiazolidinedioni, sulfoniluree, inibitori della dipeptidil peptidasi-4 (DPP-4), inibitori cotransporter-2 sodio-glucosio (SGLT-2).
Valutazione degli outcomes	<ul style="list-style-type: none"> • Outcomes clinici: mortalità per tutte le cause; morbidità e mortalità cardio- e cerebrovascolare, retinopatia, nefropatia, neuropatia. • Outcomes intermedi: HbA1C, peso, PAS, ipoglicemia, eventi avversi (effetti collaterali gastrointestinali, infezioni micotiche genitali).
Benefici	<ul style="list-style-type: none"> • Outcomes clinici: La monoterapia con metformina è associata a un rischio inferiore di mortalità cardiovascolare rispetto alla monoterapia con sulfonilurea. • HbA1C: La maggior parte dei farmaci riduce l'HbA1C in maniera sovrapponibile. Gli inibitori della dipeptidil peptidasi-4 riducono HbA1C in misura maggiore rispetto a metformina o sulfoniluree. Tutte le terapie di associazione con la metformina sono risultate più efficaci rispetto alla monoterapia con metformina. • Peso: La metformina ha dato risultati migliori rispetto a tiazolidinedioni, sulfoniluree, inibitori della dipeptidil peptidasi-4 (DPP-4). L'associazione di metformina con gli agonisti inibitori SGLT-2 riduce maggiormente il peso rispetto alla monoterapia con metformina. Tiazolidinedioni e sulfoniluree da soli o in terapia combinata sono associati a peggioramenti del peso corporeo. • Pressione arteriosa sistolica: Gli inibitori SGLT-2, in monoterapia o in associazione con metformina, riducono la pressione sistolica rispetto alla monoterapia con metformina.
Svantaggi	<ul style="list-style-type: none"> • Metformina: aumentato rischio di eventi avversi gastrointestinali. • Sulfoniluree: aumentato rischio di ipoglicemia rispetto ad altri farmaci. • Tiazolidinedioni: aumentato rischio di scompenso cardiaco.
Raccomandazioni	<ul style="list-style-type: none"> • Raccomandazione 1: ACP raccomanda che i medici prescrivano metformina ai pazienti con diabete di tipo 2 quando sia necessaria una terapia farmacologica per migliorare il controllo glicemico (Grado: forte raccomandazione; evidenza di qualità moderata). • Raccomandazione 2: ACP raccomanda che i medici considerino l'aggiunta di una sulfonilurea, un tiazolidinedione, un inibitore cotransporter-2 sodio-glucosio (SGLT-2) o un inibitore DPP-4 alla terapia con metformina per un migliore controllo glicemico quando sia necessaria una seconda terapia orale (Grado: raccomandazione debole; evidenza di qualità moderata). ACP raccomanda che medici e pazienti scelgano la terapia dopo averne discussi benefici, eventi avversi e costi.

La via per costruire un efficace sistema di emergenza-urgenza

Da Messina un progetto pilota per un nuovo modello di messa in rete dei servizi di emergenza-urgenza tramite la riorganizzazione delle risorse umane in un dipartimento interaziendale funzionale territorio-ospedale

Senza integrazione ospedale-territorio nel sistema di emergenza-urgenza si mette a rischio una risposta efficace alla domanda di salute e parliamo, in molti casi, anche della vita stessa dei cittadini. Questo l'indirizzo del Direttore Generale dell'ASP di Messina, **Paolo La Paglia**, che indica come "la strada da seguire sia la messa in rete dei servizi; dalla città peloritana si lancia un modello che potrebbe essere il comune denominatore anche a livello regionale".

Il direttore generale evidenzia, in questo senso, la proposta di riorganizzazione del settore presentata dal dott. **Enzo Picciolo**, dirigente medico del Sues 118 e stretto collaboratore della Direzione Generale dell'ASP di Messina, dal titolo: "Incrementare lo sviluppo organizzativo del sistema di urgenza-emergenza - progetto pilota per il bacino di Messina".

"Il progetto - spiega La Paglia - prevede la realizzazione nella provincia di Messina di un modello di sinergia funzionale tra ospedale e territorio in una logica di sistema, con il coinvolgimento delle strutture e dei professionisti impegnati nella gestione dell'emergenza, con il fondamentale coinvolgimento dei Pronto Soccorsi di tutte le Aziende Sanitarie della provincia di Messina e del SUES-118, affidando l'attività di coordinamento all'Azienda Sanitaria Provinciale, che già gestisce tutti i servizi territorio-ospedale".

Una riflessione organizzativa

Enzo Picciolo nella presentazione del progetto precisa: "il sistema di emergenza territoriale rappresenta un servizio giovane con un'organizzazione eterogenea, sia in abito nazionale sia regionale, che ci porta ad una riflessione organizzativa per una sua rivisitazione/aggiornamento per renderlo più efficiente ed omogeneo in linea con quanto necessario ai nuovi bisogni assistenziali. Le due componenti del sistema dell'urgenza-emergenza, quello ospedaliero e quello territoriale, devono essere in grado di affrontare tutti i problemi connessi. Nell'attesa di un intervento legislativo, che miri ad un sistema integrato che possa meglio rispondere ai bisogni assistenziali, il modello organizzativo che si intende proporre, pone l'attenzione alle risorse umane, ed è finalizzato alla "Continuità delle cure" in un sistema integrato SUES 118 e PS/DEA. L'obiettivo è di realizzare, in una logica di rete, l'integrazione delle strutture, dei servizi, delle figure professionali e delle professionalità del sistema di emergenza in modo da fornire una risposta completa ed efficiente al cittadino per una presa in carico globale della persona. Tale modello si potrebbe identificare nella istituzione di un *Dipartimento funzionale territorio ospedale*

dale del sistema dell'urgenza-emergenza sanitaria".

"La standardizzazione dei percorsi di cura all'interno delle Reti Cliniche del sistema di urgenza-emergenza organizzato in un modello dipartimentale - sottolinea Enzo Picciolo - supera il concetto di semplice coordinamento, si traduce nell'incremento della tempestività e dell'appropriatezza degli interventi terapeutico-assistenziali, realizzando il complessivo incremento della qualità e della sicurezza delle cure accompagnato al contenimento dei costi correlati. È di tutta evidenza che, all'interno di uno scenario caratterizzato dalla scarsità di risorse economiche e finanziarie, la riorganizzazione delle Reti Cliniche che interessano l'area della emergenza-urgenza indistinta territorio ospedale strutturata in dipartimento, offre la possibilità di attuare un buon livello di efficientamento del sistema, accentrando le tecnologie più costose e le prestazioni a maggior complessità assistenziale nei poli di eccellenza e riallocando le tecnologie e gli interventi a minore complessità presso gli ospedali di base. Il co-

ordinamento dei processi gestionali intra ed extraospedalieri, non sono sufficienti a garantire una reale integrazione dell'assistenza che inevitabilmente passa dalla empatia degli operatori. Il capitale umano è la risorsa più preziosa che esiste all'interno del sistema dell'emergenza, la inversione dei ruoli e l'appartenenza ad un unico sistema gestionale, territorio ospedale permetterebbe quella reale empatia, che non potrà avere, come già in atto previsto dalle norme che disciplinano il servizio, il solo riferimento nella condivisione dei percorsi, ma sarebbe necessario avere in ogni bacino un'unica gestione con un unico personale".

Sintesi dei punti salienti del progetto

- Gestione unica in ambito di bacino con unica direzione gestionale del sistema per tutta la provincia, con personale indistinto nei ruoli ospedale/territorio, assicurando una presa in carico unica e completa del paziente in fase critica.
- Facile compensazione di eventuali carenze di personale.
- Processi di mobilità del persona-

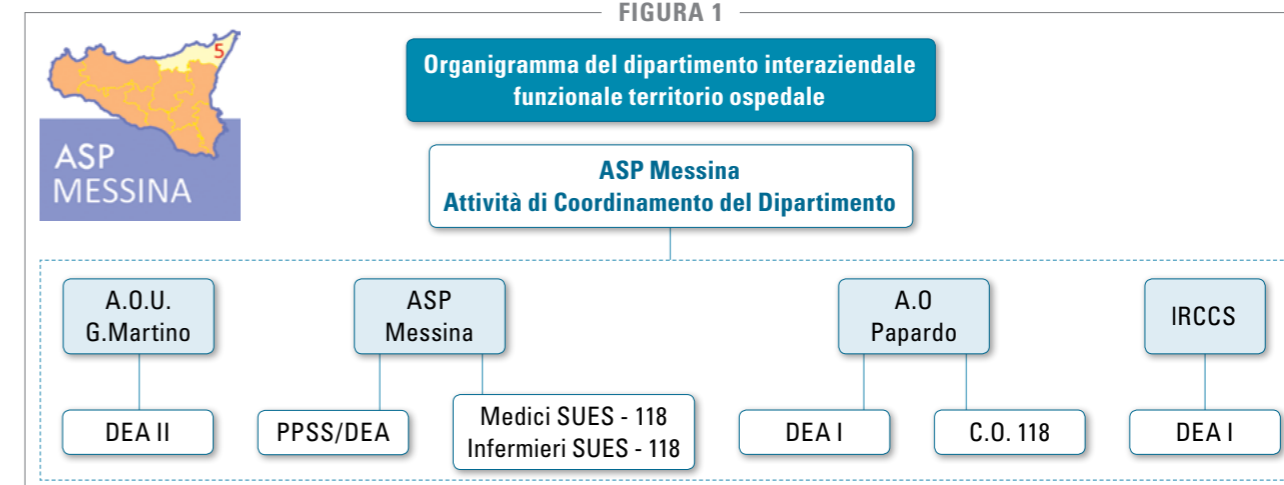
le facilitati dal fatto che riferimento non sarà la sede di lavoro ma l'intero bacino messinese.

- Rimozione dei conflitti di competenza tra le figure professionali preposte alla gestione dell'emergenza.
- Facilitazione della rotazione del personale nelle varie articolazioni (medici/infermieri che operano in Pronto Soccorso/Ambulanza e C.O. 118), ai fini dell'acquisizione di maggiori competenze.
- Condivisione dei percorsi diagnostico-terapeutici in tutte le fasi del soccorso, dal domicilio del paziente all'ospedale.
- Gestione, con diminuzione dei costi, dei trasferimenti secondari. Il modello proposto è di facile realizzazione e supera logiche individualistiche che il vasto territorio dell'area metropolitana non può più permettersi.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il pdf del progetto pilota per lo sviluppo del sistema di urgenza-emergenza dell'ASP di Messina

FIGURA 1



dolorosa persistente il paziente è stato sottoposto nell'agosto 2019 ad intervento di asportazione neoformazione del dorso regione scapolo omerale sinistra. Il 30 agosto

per vasto sieroma sottocutaneo il paziente è stato sottoposto ad aspirazione di circa 100 ml di liquido sieroso ematico. Successive medicazioni con l'ultima a settembre

2019 che si conclude con la diagnosi di "ferita in ordine". Permane a destra presenza di tumefazione con le caratteristiche della precedente.

► Fibroelastoma sottoscapolare

SA, maschio, 57 anni. Attività lavorativa sabbiatore, verniciatore (attività lavorativa pesante molto impegnativa specie sul cingolo scapolo omerale). Attualmente in pensione. In anamnesi bronchite cronica, ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico.

• **Esame obiettivo:** nel marzo 2012 visita per tumefazione dorsale angolo scapolare di destra che presenta la caratteristica di comparire solo in seguito a determinati movimenti della spalla ed accompagnarsi a sensazione di scatto.

• **Indagine ecografica:** a livello della tumefazione visibile è presente formazione nodulare a margini sfumati e ad ecostruttura disomogenea ipoecogena (diametro circa 30 mm) da riferite in prima istanza ad elastofibroma.

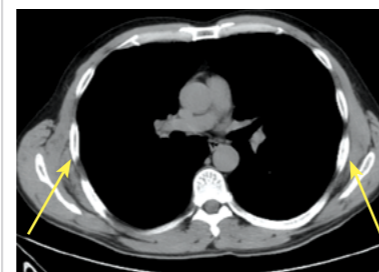


Regione angolo-scapolare sx e dx post-intervento

• **RM:** fibroelastoma sottoscapolare di destra di cm 2.5 x cm 5; fibroelastoma sottoscapolare sinistro del diametro di cm 1.3 x 4 cm.

• **Trattamento:** sottoposto nel 2012 ad intervento di asportazione di ED destro e nel settembre 2013 a sinistra.

• **Diagnosi istologica:** frammento irregolare brunastro di cm 8.5 x 7x2 a contorni irregolari in paziente già sottoposto ad asportazione di ED sx di 8.5x8x2 cm, con le stesse caratteristiche.



Risonanza magnetica

► Tumefazione sui piani muscolari profondi

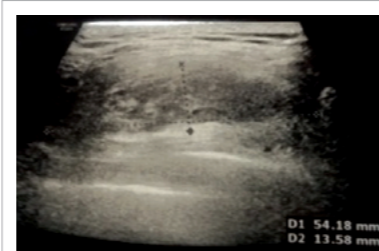
PA, maschio, 72 anni. Attività lavorativa gasista (non molto impegnativa come attività fisica sul cingolo scapolo omerale). Attualmente in pensione. In anamnesi diabete tipo 1, ipertensione arteriosa. In dicembre 2019 visita ambulatoriale per comparsa di tumefazione del dorso in angolo scapolare sinistra.



Prima e dopo la manovra

• **Esame obiettivo:** tumefazione non dolente, difficilmente spostabile sui piani profondi. Non aderenze ai piani cutanei superficiali. Nel sospetto di ED si richiede ecografia regione dorsale.

• **Ecografia regione dorsale:** in regione sotto scapolare sinistra for-



Ecografia regione dorsale

mazione ipoecogena disomogenea adesa alla parete toracica di 60 x 15 mm circa sotto il piano muscolare come in ED.

• **Seconda visita:** ritorna a visita gennaio 2020 riferendo la scomparsa della tumefazione che effetti-

vamente a prima vista sembrerebbe vera. Invito il paziente a sollevare in alto il braccio ed ecco che compare la tumefazione. Nel sospetto di bilateralità della lesione invito il paziente a compiere lo stesso movimento con l'arto supe-

riore destro ed ecco che compare anche a destra una tumefazione fissa sui piani muscolari profondi, di consistenza teso elastica, non dolente, con i piani cutanei superficiali che scorrono facilmente. Caso in osservazione.

► Discussione e conclusioni

L'ED è una lesione benigna che in letteratura viene descritta come rara, ma, sebbene la sua incidenza sia stimata tra il 2% e il 24% negli adulti⁷, riteniamo sia sicuramente sottostimata. È caratterizzata dal punto di vista anatomo-patologico da iperproliferazione fibroblastica e un anomalo affastellamento di fibre elastiche.

La sua caratteristica è la localizzazione, preferibilmente angolo scapolare a livello del tessuto connettivo compreso tra la parte più inferiore della scapola e la parete toracica. I casi clinici riportati evidenziano che l'incidenza sia maggiore in soggetti dediti a lavori che impegnano maggiormente il cingolo scapolo omerale.

Può essere confusa inizialmente con un semplice lipoma. L'aumento di consistenza e la fissità ai piani profondi con piani cutanei superficiali che scorrono agevolmente sulla tumefazione possono essere motivo di preoccupazione. In genere la lesione è monolaterale se bilaterale indirizza più facilmente verso la diagnosi di ED⁸. Si consiglia, comunque, di ricercare la bilateralità. È più frequente il riscontro nel sesso femminile nell'età adulta dopo i 50 anni⁹. In alcuni casi è stata descritta una predisposizione familiare¹⁰. Sebbene la localizzazione dell'ED è quella, appunto, dorsale, ed in particolare angolo scapolare, sono descritte in letteratura altre localizzazioni (ascellare, tuberosità dell'ischio, regione inguinale, ecc.)^{8,10}

In genere la lesione è visibile all'ispezione quando raggiunge dimensioni di una certa entità a causa dell'accre-

scimento lento. Altre volte, come nel caso clinico 3 e 4, si potrebbe parlare di "tumefazione fantasma". Infatti in questi casi i pazienti riferivano che occasionalmente compariva sul dorso una sorta di rigonfiamento che scompariva da sola.

Alla visita medica l'arcano è stato svelato invitando il paziente ad addurre l'arto superiore ruotandolo in avanti o comunque invitandolo a compiere movimenti che permettessero il materializzarsi della lesione. Questi movimenti spostando la scapola in alto e lateralmente permettono e/o facilitano la comparsa dell'ED che si accompagna, a volte, ad una caratteristica sensazione di "scatto". In genere la lesione è clinicamente asintomatica. Può dare segno di sé quando aumenta notevolmente di dimensioni, determinando sintomi compressivi, o quando va incontro a fenomeni flogistici.

La diagnosi clinica, abbastanza agevole, va comunque accertata con esame ecografico, approfondita con TC o RM¹¹. Ecograficamente al di sotto del piano muscolare si rileva, generalmente, una struttura striata caratterizzata da fondo ipoecogeno di tipo adiposo con interposte strie lievemente iperecogene con margini a volte ben delimitati altre sfumati. Mancano segni di infiltrazione/erosione ossea. La RM, tra le metodiche strumentali, pare sia quella più indicata per la possibilità di descrivere le caratteristiche dell'ED cioè: margini sfumati, con segnali di intensità simili a quelli dei muscoli scheletrici ed interposizione di segnali di intensità maggiore tipici del tessuto adiposo¹²⁻¹⁴. Alcuni autori so-

stengono, comunque, che una diagnosi di certezza e, quindi, differenziale (con lipomi, liposarcomi, tumori desmoidi, ecc) richieda una agobiopsia. Sebbene la lesione sia descritta più frequentemente nel sesso femminile nella pratica clinica personale i casi osservati sono stati nel sesso maschile. La diagnosi di ED è importante ai fini terapeutici.

Posta diagnosi e qualora necessiti una rimozione chirurgica, questa deve essere fatta in idonee strutture e in anestesia generale per la difficoltà e il tempo di durata dell'intervento. In genere l'intervento è risolutivo e privo di conseguenze. Tra le conseguenze più frequenti è la raccolta di liquido sieroso ematico (sieroma) in sede di ferita chirurgica che può essere agevolmente trattata.

In conclusione la comparsa di una tumefazione del dorso, specie, in sede angolo scapolare deve far sospettare la presenza di ED, diagnosi che appare ancora più certa se si tratta di lesioni bilaterali. Nella casistica personale l'incidenza è risultata maggiore nel sesso maschile in età adulta e sempre bilaterale. Il trattamento di tali lesioni è chirurgico indicato quasi esclusivamente nei casi clinicamente sintomatici o qualora esistano motivi di tipo estetico soprattutto nel sesso femminile. La dissezione chirurgica va fatta nelle divisioni chirurgiche con degenza ed in anestesia generale per gli stretti rapporti dell'ED con le strutture muscolari ed ossee della parete toracica al fine di evitare inutili sofferenze al paziente.

Bibliografia disponibile a richiesta

Sindrome di Stevens-Johnson e necrolisi epidermica tossica

Nonostante siano rare, vengono considerate le forme più gravi di reazione avversa cutanea a farmaci. Conoscerle e tenerle presenti è importante perché un ritardo diagnostico può essere fatale per il paziente

Gilberto Lacchia

Medico di medicina generale - Ivrea (TO)

<http://prescrivere.blogspot.com>

La sindrome di Stevens-Johnson (SJS) e la necrolisi epidermica tossica (TEN o sindrome di Lyell) sono considerate le forme più gravi di reazione avversa cutanea a farmaci. Nonostante siano fortunatamente rare, con un'incidenza di circa 1-7 casi/milione/anno, è importante conoscerle e tenerle presenti, perché

un ritardo diagnostico può essere fatale per il paziente. Queste condizioni possono presentarsi in soggetti di qualsiasi età, con una mortalità del 5-10% per la SJS e del 25-40% per la TEN, maggiore negli anziani. In una casistica statunitense è stato osservato un maggior rischio nel sesso femminile e nei soggetti di particolari etnie, come gli asiatici e gli afro-americani.

Sono condizioni in stretto rapporto tra loro che probabilmente appartengono allo stesso spettro di malattie. La SJS e TEN rappresentano due estremi di un continuum di malattie dermatologiche immuno-mediate, caratterizzate in fase acuta da una malattia febbrile seguita da necrosi e distacco di cute e mucose. Si distinguono principalmente per la gravità, in base alla percentuale di superficie corporea (SC) interessata dalle lesioni:

- la SJS è la condizione meno grave, in cui il distacco di cute è <10% della SC;
- la sovrapposizione SJS/TEN (*overlap syndrome*) si osserva in pazienti con un distacco cutaneo

dal 10 al 30% della SC;

- la TEN comporta il distacco di >30% della SC.

Una condizione bollosa acuta, spesso confusa con la SJS/TEN, è l'eritema multiforme, caratterizzato da un distacco epidermico <10% della SC, con tipiche lesioni a bersaglio localizzate. L'eritema multiforme nella maggior parte dei casi è causato da un'infezione, più comunemente da virus herpes simplex. Di solito l'interessamento sistemico e delle mucose è minimo.

► Fattori di rischio e cause scatenanti

Fattori di rischio per SJS/TEN sono:

- infezioni gravi (HIV, tubercolosi);
- patologie autoimmuni (artrite reumatoide, lupus eritematoso);
- tumori maligni (mieloma multiplo, leucemie, linfomi, tumori del SNC);
- insufficienza renale acuta e cronica;
- fattori genetici (per esempio l'HLA B 1502 che predispone fortemente i soggetti di origine asia-

tica trattati con carbamazepina). La causa scatenante è un farmaco nell'85% dei casi e infezioni o cause sconosciute nel 15%. Nei bambini le infezioni possono rappresentare il 50% delle cause. Più di 200 farmaci sono stati associati alla SJS/TEN; quelli più comuni sono:

- allopurinolo;
- antiepilettici (carbamazepina, lamotrigina, fenobarbitale, fenitoina);
- nevirapina (antiretrovirale per la terapia dell'HIV);
- FANS oxicami (meloxicam, piroxicam, tenoxicam), ma anche nimesulide ed etoricoxib;
- sulfametossazolo e altri antibiotici sulfamidici, più raramente i beta-lattamici;
- chemioterapici e altri antineoplastici (afatinib, cetuximab, gefitinib, pembrolizumab, ecc.).

La SJS/TEN è per lo più riconosciuta come una reazione immunitaria da farmaci. Si tratta di reazioni di ipersensibilità ritardata, con una latenza tipica di 4-28 giorni; i sintomi compaiono raramente dopo 8 settimane dall'inizio del farmaco implicato, di solito entro 1-2 settimane. I farmaci sono a basso peso molecolare e spesso fungono da antigeni esterni che vengono riconosciuti dai recettori delle cellule T per attivare le risposte immunitarie adattive.

► Diagnosi

La diagnosi clinica si basa sull'associazione di sintomi simil-influenzali (febbre alta, faringodinia, tosse, bruciore oculare, rinorrea, mialgie, cefalea), segni a livello delle mucose (lesioni della mucosa orale, vaginale, respiratoria, digestiva) e la comparsa di macule

e vescicole epidermiche che confluiscono in grosse bolle flaccide. In un terzo dei casi i sintomi simil-influenzali precedono di 1-3 giorni la sintomatologia dermatologica. Segni e sintomi che devono mettere in guardia sulla possibilità di una SJS/TEN sono febbre >38°C, mucosite, dolore cutaneo e vescicole.

La fase acuta della SJS/TEN dura da 4 a 28 giorni dopo l'assunzione del farmaco. È caratterizzata da febbre persistente, grave coinvolgimento delle mucose e desquamazione epidermica che può essere generalizzata e portare ad ampie aree di cute interessata e dolente. La cute può essere dolente al tatto e lo strofinamento di una zona di cute integra può causare il distacco cutaneo (segno di Nikolsky). La riepitelizzazione può iniziare dopo diversi giorni e richiede tipicamente 2-4 settimane.

Il paziente deve sempre essere ospedalizzato. L'interruzione precoce del farmaco sospetto è fondamentale: è stato dimostrato che la sospensione tempestiva del farmaco può ridurre la mortalità del 30%, specialmente per i farmaci con emivita breve.

► Anamnesi farmacologica

Un'accurata anamnesi farmacologica è decisiva per evitare la riassunzione della sostanza in questione: tutti i farmaci, indipendentemente dalla via di somministrazione, devono essere presi in considerazione, in particolare i nuovi farmaci assunti nelle 8 settimane precedenti la reazione cutanea, e anche quelli assunti in modo intermittente, come vitamine, sedativi, analgesici, lassativi e

prodotti naturali. È anche importante evitare l'errore comune di considerare come causa della SJS/TEN farmaci utilizzati per i primi sintomi precoci, come antipiretici o antibiotici.

► Trattamento

La terapia si basa su:

- identificazione e sospensione del farmaco in causa;
- trasferimento in un reparto adeguato;
- terapia di supporto (termoregolazione, protezione delle vie aeree, supporto nutrizionale, controllo del dolore, profilassi della tromboembolia, monitoraggio delle infezioni, supporto psicologico);
- terapia medica: non è chiaro quale sia il trattamento migliore; sono stati utilizzati ciclosporina, immunoglobuline ev, inibitori del TNF.

BIBLIOGRAFIA

- Dodiuk-Gad RP et al. Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: An Update. *Am J Clin Dermatol* 2015; 16(6): 475-93.
- High WA. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. UpToDate - Topic last updated: Mar 12, 2019.
- Kohanim S et al. Stevens-Johnson Syndrome/Toxic Epidermal Necrolysis. A Comprehensive Review and Guide to Therapy. *Systemic Disease. Ocul Surf* 2016; 14(1): 2-19.
- Stevens-Johnson Syndrome/Toxic Epidermal Necrolysis. Dynamed plus - Last updated: December 2019.

FIGURA 1



Rischio cardiovascolare e mortalità nell'anziano: differenze di genere

Nello studio di popolazione "Progetto Veneto Anziani" (Pro.V.A.), è stata valutata l'associazione tra profilo di rischio CV e mortalità a 20 anni in anziani di entrambi i sessi. I risultati dimostrano che in età geriatrica un ridotto profilo di rischio si associa ad una ridotta mortalità per tutte le cause, anche cardiovascolari, in particolare nelle donne

Caterina Trevisan,¹ Giulia Capodaglio,² Eliana Ferroni,² Ugo Fedeli,² Enzo Manzato,¹ Stefania Maggi,³ Marianna Noale,³ Maria Chiara Corti,² Giuseppe Sergi¹

► Scopo del lavoro

Le più recenti linee guida dell'European Society of Cardiology (ESC 2016)¹ hanno identificato sette maggiori fattori di rischio cardiovascolare, relativi a tabagismo, stile dietetico, livello di attività fisica, peso corporeo, pressione arteriosa, livelli di LDL e diabete. Per ognuno di questi aspetti sono stati definiti specifici obiettivi il cui raggiungimento sembra essere associato ad un ridotto rischio cardiovascolare (CV).

Le stesse linee guida sottolineano tuttavia l'ancora scarsità di dati relativi a soggetti in età geriatrica.¹ Inoltre, data la limitata rappresentazione femminile nei primi studi osservazionali e d'intervento nell'ambito, la presenza di differenze di genere nell'impatto di tali fattori di rischio risulta ancora un campo da approfondire. L'obiettivo dello studio è stato dunque

quello di valutare l'associazione tra profilo di rischio cardiovascolare, definito dalle vigenti linee guida ESC, e mortalità a 20 anni in uomini e donne anziani. Questo studio è stato oggetto di una relazione nel corso del 64° Congresso 2019 della SIGG (Società Italiana di Gerontologia e Geriatria) e l'abs è stato pubblicato negli atti congressuali.²

► Materiali e metodi

Il campione esaminato comprende 2.975 anziani (1.208 M, 1.767 F) di età media di 76.3 ± 7.8 anni, partecipanti al Progetto Veneto Anziani (Pro.V.A.), uno studio di popolazione longitudinale che ha avuto origine nel 1995-1997 nelle province di Padova e Rovigo.

Al basale, i soggetti esaminati sono stati sottoposti ad una valutazione multidisciplinare al fine di estrarre caratteristiche sociodemografiche e dati su stile di vita, stato funzionale, cognitivo, performance fisica e patologie in atto. Da queste informazioni, sulla base delle linee guida ESC 2016, è stata determinata per ogni soggetto la presenza dei seguenti fattori di rischio: tabagismo attivo, dieta

non equilibrata (alto introito lipidico e di alcol, scarsa assunzione di frutta, verdura, omega-3 ed omega-6), scarsa attività fisica (<150 min/settimana di moderata o <75 min/settimana di vigorosa attività fisica), alterato peso corporeo (BMI <20 o >25 kg/m² o circonferenza addominale oltre cut-off sesso- ed etnia-specifici), alta pressione arteriosa (sistolica ≥140 o diastolica ≥90 mmHg), elevati livelli di LDL (con cut-off specifici per categoria di rischio) e diabete scompensato (HbA1c ≥7%).

Dalla somma di tali fattori, il complessivo profilo di rischio cardiovascolare di ogni soggetto è stato classificato in:

- **basso** (0-1 fattori di rischio),
- **medio-basso** (2 fattori di rischio),
- **medio** (3 fattori di rischio),
- **medio-alto** (4 fattori di rischio)
- **alto** (5-7 fattori di rischio).

Dati sulla mortalità (e relative cause) dei partecipanti fino al 2017 sono state ottenute tramite linkage da registri regionali. L'associazione tra profilo di rischio cardiovascolare e mortalità a 20 anni è stata valutata separatamente per uomini e donne mediante regressione di Cox.

► Risultati

Alla valutazione iniziale, il profilo di rischio risultava:

- **alto**: 353 soggetti (119 M, 234 F),
- **medio-alto**: 883 (333 M, 550 F),
- **medio**: 1.186 (491 M, 695 F),
- **medio-basso**: 467 (214 M, 253 F),
- **basso**: 86 (51 M, 35 F).

Durante 20 anni di follow-up, si sono rilevati 2.452 decessi (1.072 M, 1.380 F), di cui 1.147 (46.8%; 458 M, 689 F) per causa cardiovascolare.

Dopo aggiustamento per potenziali confondenti, si evidenziava un progressivo calo della mortalità con il ridursi del livello di rischio cardiovascolare più marcato per il sesso femminile rispetto a quello maschi-

le, sia considerando la mortalità per tutte le cause ([F] HR = 0.40, 95%CI: 0.24-0.64; [M] HR = 0.66, 95%CI: 0.46-0.96, per il profilo a basso vs alto rischio), sia cardiovascolare ([F] HR = 0.18, 95%CI: 0.07-0.50; [M] HR = 0.62, 95%CI: 0.34-1.13, per il profilo a basso vs alto rischio).

► Conclusioni

Il nostro studio dimostra che un ridotto profilo di rischio cardiovascolare stimato secondo linee guida ESC 2016 si associa in età geriatrica ad una ridotta mortalità per tutte le cause soprattutto nelle donne anziane, le quali sembrano beneficiarne anche in termini di mortalità cardiovascolare.

BIBLIOGRAFIA

1. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, Cooney MT, Corrà U, Cosyns B, Deaton C, Graham I, Hall MS, Hobbs FD, Løchen ML, L Ilgen H, Marques-Vidal P, Perk J, Prescott E, Redon J, Richter DJ, Sattar N, Smulders Y, Tiberi M, van der Worp HB, van Dis I, Verschuren WM. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2016; 37: 2315-2338.
2. Atti Congressuali. 64° Congresso SIGG, Roma 27/30.11.2019. Monografie SIGG. Pacini Editore Medicina.

RECENSIONI

Frode medica e contraffazione nella letteratura scientifica

Oggi i casi di frode più noti sono economici-bancari e medico-sanitari e in questo settore la frode è particolarmente detestabile in quanto colpisce la popolazione più debole, i pazienti.

Non va infatti dimenticato che in campo medico e scientifico sono in gioco non solo denaro e prestigio personale e narcisismo, ma che la frode è potenzialmente mortale, là dove i ricercatori si avventurano nel delicato campo della vita dei pazienti sconvolgendolo con la loro disonestà.

• Meccanismi alla base del comportamento fraudolento

È questo l'elemento che ha mosso la penna di **Antonino Massimiliano Grande**, specialista in Chirurgia vascolare e in Cardiochirurgia presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia, già Autore di diversi volumi di interesse medico.

In questa nuova monografia, che ha richiesto una impegnativa e vasta ricerca in letteratura, l'Autore ha evidenziato i meccanismi alla base del comportamento fraudolento, indicando come sono state identificate le più eclatanti truffe e gli articoli scientifici più importanti che sono stati ritirati dalle riviste mediche. Ed ecco che ci spiega come ven-

gono condotte le valutazioni degli studi scientifici, l'autocitazione, i conflitti di interesse, ecc e i casi più eclatanti di frode negli articoli scientifici, ma anche di una parte di editoria definita "predatoria" e del fiorire continuo di riviste specialistiche di discutibile valore e dubbio spessore scientifico, che pubblicano scritti di qualsiasi natura in cambio di denaro.

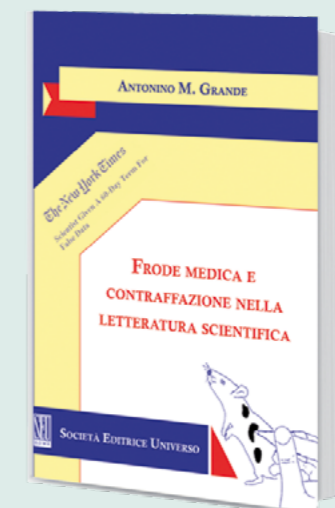
• Il volume

Frode medica e contraffazione nella letteratura scientifica

Antonino Massimiliano Grande

- Parte 1- Valutazione di uno studio scientifico
- Parte 2 - Frode negli articoli scientifici. Casi eclatanti
- Parte 3 - Editoria predatoria
- Parte 4 - Altri casi di frode scientifica.

Società Editrice Universo
Roma, pp 120, euro 14,00



¹ Clinica Geriatrica, Dipartimento di Medicina (DIMED), Università di Padova

² Servizio Epidemiologico Regionale (SER), Azienda Zero, Regione Veneto, Padova

³ Istituto di Neuroscienze, Sezione Invecchiamento, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Padova

Le PFAS e i danni alla salute

L'Associazione Italiana Medici per l'Ambiente-ISDE ha pubblicato un position paper che spiega cosa sono le sostanze perfluoroalchiliche, quali danni alla salute può causare la contaminazione e quali azioni le Istituzioni dovrebbero attuare

La contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) in Veneto è venuta alla luce nel 2013, a seguito del perpetrato sversamento in falda degli scarti di produzione dell'azienda Miteni di Trissino, oggi a processo. Non riguarda "solo" la seconda falda acquifera più grande d'Europa e l'insieme delle acque potabili delle tre province coinvolte (Vicenza, Padova e Verona), ma anche e soprattutto la salute di oltre 500mila cittadini, in primis, bambini e future generazioni.

L'Associazione Italiana Medici per l'Ambiente-ISDE ha pubblicato un position paper (presentato a gennaio alla Camera dei Deputati), che spiega cosa sono le PFAS, quali danni alla salute causa e quali azioni le Istituzioni dovrebbero attuare. Per tali sostanze, come per molte altre sostanze tossiche e cancerogene, non è ancora stato identificato un livello minimo di concentrazione, nelle acque a uso umano come nelle altre matrici fondamentali per la vita, che possa essere considerato innocuo in termini sanitari.

Tale evidenza scientifica assume particolare rilievo per le fasce di popolazione maggiormente a rischio (età pediatrica e gravidanza) ed esposte cronicamente, anche considerando le conseguenze del bioaccumulo e le inevitabili interazioni con altre sostanze inquinanti presenti nelle matrici ambientali. Pertanto, nel rispetto dei principi di precauzione e di prevenzione e indipendentemente dai limiti imposti dalla leg-

ge, la concentrazione di PFAS nelle acque dovrebbe tendere a zero.

Di seguito alcuni argomenti approfonditi nel documento.

► Dosaggio e ricerca delle PFAS

ISDE ritiene che non sia giustificata l'estensione della determinazione di routine delle PFAS nelle matrici biologiche umane. Infatti, si legge nel documento "sappiamo che queste molecole sono presenti in concentrazioni variabili in oltre il 99% della popolazione generale, anche se residente a centinaia di km dalle zone di produzione. Inoltre non esistono farmaci o altre procedure in grado di accelerare significativamente la loro eliminazione dai tessuti.

Anche la plasmateresi, nei pochi soggetti in cui è stata tentata, ha aggiunto ben poco rispetto alla cessazione dell'esposizione con gli alimenti e l'acqua contaminata. Coloro che sono preoccupati per la presenza delle PFAS (e di altre sostanze PBT) nei loro tessuti dovrebbero già attuare quotidianamente tutte quelle misure che sarebbero comunque consigliate dopo la conferma della presenza delle PFAS nel proprio sangue. Il dosaggio delle PFAS può essere giustificato per motivi di studio o di ricerca all'interno di studi clinici controllati o di indagini epidemiologiche ben disegnate. Può avere anche un senso nell'ambito di eventuali *class action* nei confronti di inquinatori. Il dosaggio di massa limitato alle sole fasce d'età fra 14 e 65 anni in corso in Veneto si può prestare

a numerose critiche in quanto, per come è stato concepito, probabilmente non aggiungerà nulla di nuovo alle nostre conoscenze".

► Allattamento al seno

ISDE ritiene che, in assenza di prove che attestino un aumento di rischi per il lattante superiore ai benefici che ne può ricevere, allo stato attuale delle conoscenze non sia giustificato consigliare di non allattare al seno nelle zone contaminate da PFAS né di ridurne la durata.

► Proposta di studi

ISDE auspica l'avvio di studi osservazionali su soggetti che già assumono per altre patologie farmaci teoricamente in grado di modulare l'escrezione delle PFAS e studi d'intervento.

► Interferenti endocrini

Si ritiene che debba essere resa obbligatoria per legge la dichiarazione in etichetta della presenza degli interferenti endocrini nei prodotti di uso comune soprattutto di quelli di origine alimentare.

► Monitoraggio umano in Veneto

Dal momento che circa il 50% circa dei soggetti presenta anomalie di uno o più parametri di laboratorio indicativi di danno associato alle PFAS, ISDE chiede che il monitoraggio sia esteso anche alle altre fasce d'età finora escluse, cioè *under 14* e *over 65*.

• Documento integrale disponibile in www.isde.it

■ PSICHIATRIA

Nuovi criteri identificativi per riconoscere l'Hikikomori

L'Hikikomori è una forma di ritiro o esclusione sociale patologica la cui caratteristica principale è l'isolamento nella propria casa. Osservato inizialmente alla fine degli anni '90 in Giappone tipicamente tra gli adolescenti, negli ultimi anni sembra non essere una sindrome culturale esclusivamente giapponese, ma un disagio sociale che riguarda tutti i Paesi economicamente sviluppati, tanto da avere implicazioni per la salute globale. Circa un decennio fa sono stati sviluppati criteri diagnostici preliminari e un colloquio diagnostico semi-strutturato. Ma la ricerca ha portato a un'evoluzione della comprensione biopsicosociale del disturbo e alla consapevolezza dei limiti delle definizioni. Questo ha condotto gli esperti mondiali a proporre una nuova definizione aggiuntiva per identificare e trattare questo estremo isolamento sociale.

► Criteri identificativi

La persona deve soddisfare i seguenti criteri:

- marcato isolamento sociale nella propria casa;
- durata del continuo isolamento sociale di almeno 6 mesi;
- significativa compromissione funzionale o disagio associato all'isolamento sociale.

Le persone che occasionalmente escono di casa (2-3 giorni/settimana),

escono raramente (1 giorno/settimana o meno) o raramente lasciano una stanza singola possono essere caratterizzate rispettivamente dalla presenza di un lieve, moderato o grave Hikikomori. I soggetti che escono di casa frequentemente (4 o + giorni/settimana), per definizione, non soddisfano i criteri per Hikikomori. È necessario indagare la durata stimata ininterrotta del ritiro sociale: gli individui con una durata di almeno 3 mesi di isolamento (ma non 6) dovrebbero essere classificati come pre-Hikikomori.

L'età di insorgenza è in genere durante l'adolescenza o la prima età adulta. Tuttavia, l'insorgenza dopo la terza decade di vita non è rara e anche le casalinghe e gli anziani che soddisfano i criteri di cui sopra possono esserne affetti.

► Diagnosi differenziale

Può sorgere il dubbio diagnostico tra Hikikomori e disturbo d'ansia sociale: gli esperti chiariscono che tra i tratti distintivi degli Hikikomori vi è la negazione ad evitare l'interazione sociale, tipica del disturbo d'ansia sociale. Alcune persone scelgono di evitare situazioni sociali e interazioni non perché sono ansiose ma perché soddisfano il loro livello di comfort. Devono essere attentamente valutati l'angoscia e il danno funzionale mentre la compromissione del fun-

zionamento dell'individuo è vitale per l'Hikikomori essendo una condizione patologica, l'angoscia soggettiva potrebbe non essere presente. Condizioni di salute mentale concomitanti come la depressione non dovrebbero escludere i pazienti dalla valutazione e dalla diagnosi di Hikikomori.

► Conclusioni

"C'è un problema culturale: spesso non riconosciamo l'isolamento sociale come un problema di salute o non vi prestiamo attenzione - afferma Alan Teo, psichiatra e tra gli AA. Ma è una questione che coinvolge sia il paziente di 80 anni che vive da solo o il diciottenne con Hikikomori. Ironia della sorte, gli strumenti moderni per migliorare la comunicazione potrebbero avere l'effetto opposto. Con i progressi nelle tecnologie digitali e di comunicazione che offrono alternative all'interazione sociale delle persona, Hikikomori può diventare una preoccupazione sempre più rilevante. Trascorrere del tempo online può essere dannoso quando sostituisce l'interazione diretta con le persone. La vita sociale è fondamentale per la qualità della vita - eppure nella sanità, spesso ci dimentichiamo di pensarci. Speriamo che questi criteri diagnostici semplificati possano aiutare a standardizzare la valutazione" - conclude lo psichiatra.

BIBLIOGRAFIA

- Takahiro A et al. Defining pathological social withdrawal: proposed diagnostic criteria for hikikomori. *World Psychiatry*, 2020; 19 (1): 116 DOI: 10.1002/wps.20705
- www.hikikomoriitalia.it

■ UROLOGIA

Mininvasività endoscopica per calcoli urinari e IPB

► **Calcolosi delle vie urinarie**

La calcolosi delle vie urinarie interessa il 10% degli uomini e il 7% delle donne, spesso a causa di regimi alimentari e stili di vita scorretti, ma è sempre più frequente anche in età pediatrica. In Italia si stimano 100.000 nuovi casi/anno, con un rischio elevato di recidive, in parte evitabili se si eseguisse di routine l'esame chimico-fisico del calcolo, utile per identificare le sostanze responsabili della sua formazione e limitarne l'apporto con la dieta.

"In media, il 10% della popolazione avrà un calcolo almeno una volta nella vita", dichiara **Guido Giusti**, Responsabile dello Stone Center e dello European Training Center in Endourology presso l'Ospedale San Raffaele Turro di Milano. "Questo numero elevato si spiega in gran parte con gli stili alimentari scorretti dei Paesi occidentali: beviamo poco, mangiamo molto più del necessario e, soprattutto, assumiamo proteine animali in eccesso. In passato il bombardamento con onde d'urto per i piccoli calcoli e la chirurgia a cielo aperto per quelli voluminosi erano le due procedure standard. Oggi la litotrixxia endoscopica mininvasiva con laser a olmio rappresenta la nuova frontiera terapeutica, nella maggio-

ranza dei casi. Non solo evita grandi incisioni e complicanze tipiche dell'intervento chirurgico tradizionale - da riservare a poche situazioni molto complesse - ma permette la completa bonifica del calcolo, quando le onde d'urto falliscono; il classico bombardamento, infatti, non è del tutto innocuo e sarebbe un errore ripeterlo più volte, perché l'energia liberata dal litotritore può, nel tempo, causare danni al rene. Con la chirurgia laser - prosegue Giusti - oggi operiamo in day surgery, dimettendo il paziente nelle 24 ore successive. Grazie inoltre a particolari modalità di emissione del laser a olmio e alle tecnologie Vapor tunnel e Virtual basket, è possibile ridurre al minimo la retropulsione del calcolo durante il trattamento, attirandolo verso il raggio di luce in modo da rendere la sua polverizzazione più fine, veloce e sicura".

► **Ipertrofia benigna della prostata**

L'ipertrofia benigna della prostata (IPB) è, dopo l'ipertensione, la malattia più diffusa nel sesso maschile. Affligge 6 milioni di italiani over 50 ma colpisce anche 1 under 50 su 10, in presenza di fattori di rischio cardiovascolari, metabolici e abitudine al fumo.

"L'impiego delle tecnologie con energia laser è in rapido aumento anche per curare l'ostruzione prostatica benigna, a fronte dei vantaggi offerti e del minor numero di complicanze rispetto alle metodiche classiche", spiega **Luca Carmignani**, Presidente Fondazione SIU e Responsabile UO di Urologia dell'IRCCS Policlinico San Donato.

"Grazie alla disponibilità di laser come quello al tulio, che offre la maneggevolezza necessaria a operare qualsiasi prostata, e quello ad olmio, che in più consente di frantumare i calcoli vescicali, oggi quasi tutti i pazienti con IPB si possono trattare per via endoscopica, anche in caso di adenomi molto voluminosi. Non devono più esserci ritrosie o paure da parte dei pazienti: la nuova chirurgia laser è sicura e rispettosa di tutte le funzioni, sessuali e non. È previsto un ricovero di 1-2 notti e favorisce una più rapida guarigione dei tessuti, permettendo di tornare in breve alle normali attività. Si può inoltre personalizzare l'intervento, adattandolo al tipo di paziente, alla sua patologia e alle sue aspettative. Un esempio su tutti: la vaporizzazione della prostata con laser al tulio, tecnica che limita al minimo il sanguinamento, è indicata anche in soggetti molto anziani, cardiopatici o con disturbi della coagulazione. Il nostro obiettivo è che nessuno sia più costretto a vivere con il catetere, a qualunque età, ma tutti possano essere operati con queste metodiche performanti e poco invasive".

Diabete: ASA e prevenzione cardiovascolare

Le evidenze indirizzano verso l'uso di ASA a basse dosi in prevenzione primaria CV nei diabetici con rischio CV elevato o molto elevato. I dati sono stati recepiti nelle più recenti linee guida

L'incidenza di malattie cardiovascolari nei diabetici è più del doppio di quella osservata nei non diabetici. All'elevato rischio CV contribuiscono diversi fattori, tra cui maggiore: ipertensione e dislipidemia, sviluppo di malattia aterosclerotica, disfunzione delle cellule muscolari miocardiche, ecc. Va da sé come nel diabete mellito (DM) la prevenzione primaria della malattia CV diventi prioritaria.

L'acido acetilsalicilico (ASA) ha dimostrato in numerosa letteratura effetti protettivi cardio- e cerebrovascolari in prevenzione primaria e secondaria. I benefici in prevenzione secondaria nel diabetico sono consolidati, mentre in prevenzione primaria è un argomento oggetto di dibattito.

Il Prof. **Claudio Ferri** (Università degli Studi dell'Aquila - Dipartimento MeSVA, Past President SIIA) ha commentato il tema fornendo un'ampia panoramica alla luce delle ultime novità.

► Studio ASCEND

A supporto dell'efficacia di ASA a basse dosi in prevenzione primaria CV nei diabetici l'ormai famoso studio ASCEND (A Study of Cardiovascular Events in Diabetes) ha consentito di evidenziare una chiara riduzione degli eventi cardio-cerebrovascolari. Lo studio suggerisce il trattamento con ASA in pazienti con DM a rischio CV elevato o molto elevato, confermando l'opportunità di questo approccio per ridurre il rischio CV.

15.480 soggetti con DM (di tipo 1 e 2) scesero da precedenti eventi cardio-cerebrovascolari sono stati randomizzati a ricevere ASA 100 mg una volta/die o

placebo. Vale la pena soffermarsi sul profilo di rischio dei soggetti arruolati: il 40% è stato certificato dagli AA con un rischio CV "basso", quindi pazienti diversi da quelli che comunemente si osservano in pratica clinica, in cui il rischio va da moderato al più comune elevato e/o molto elevato. Nello studio l'endpoint primario di efficacia è stato raggiunto con la riduzione del 12% degli eventi cardio-cerebrovascolari maggiori e mortalità per tutte le cause. Anche i dati di sicurezza sono stati commentati ampiamente perché nel braccio ASA si è registrato un incremento di sanguinamenti. Analizzando i dati non c'è incremento di emorragie intracraniche e oculari fatali e l'incremento va riferito all'apparato gastroenterico superiore, con eventi non fatali, trattati con terapia standard. Confrontando i due gruppi non c'è alcuna differenza nella mortalità, anzi in ragione dell'evidente prevenzione cardio-cerebrovascolare c'è una tendenza a una riduzione della mortalità nel braccio ASA.

► Le nuove linee guida

I dati di ASCEND sono stati recepiti dalle linee guida 2019 dell'ESC-EASD e dalle recentissime linee guida dell'American Diabetes Association (ADA).

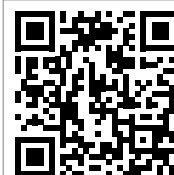
• Le linee guida europee, confermando con forza l'opportunità del trattamento in prevenzione secondaria, recitano che ASA a basso dosaggio può essere preso in considerazione in prevenzione primaria nel diabetico che abbia un rischio elevato-molto elevato (che nella realtà italiana è la grande maggioranza dei pazienti), in assenza di chiare controindicazioni.

• Gli "Standards of Medical Care in Diabetes 2020" dell'ADA hanno sottoposto ad *upgrading* la raccomandazione su "ASA a basse dosi come strategia di prevenzione primaria in pazienti con DM con alto rischio cardiovascolare e con basso rischio di sanguinamento, dopo attento bilancio tra il beneficio CV e il rischio di sanguinamenti", classificandola di Grado A.

► Prevenzione "cardio-oncologica"

Un ulteriore beneficio ancillare del farmaco è che nel paziente ad elevato rischio CV, ASA a basse dosi ha un ruolo nella prevenzione del rischio oncologico: un aspetto fondamentale della prevenzione "cardio-oncologica". Nella vita reale a partire dai dati australiani di ormai mezzo secolo fa, fino alle celebri metanalisi di Peter Rothwell appare evidente che ASA a basso dosaggio sia in grado di prevenire diversi tipi di neoplasia, particolarmente quelle del colon-retto. "ASA a basse dosi riduce l'incidenza complessiva di cancro del 24% a partire dal 4° anno di trattamento": è il beneficio clinico registrato nel paziente in prevenzione primaria ad elevato rischio CV; questo dato è riportato nella scheda tecnica di ASA 100 mg (5.1 Farmacodinamica).

Bibliografia disponibile a richiesta



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Claudio Ferri