

TOSCANA MEDICA

MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO A CURA
DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

INDICE

"Io penso al mio, che gli altri pensino al loro" <i>Esther Diana</i>	2
Editoriale <i>Pietro Claudio Dattolo</i>	5
HIV e Aging: HIV accelera l'invecchiamento? <i>Canio Martinelli, Paola Corsi, Lorenzo Zammarchi, Alessandro Bartoloni</i>	6
La medicina al congiuntivo ... ovvero la scoperta dell'acqua calda <i>Giampaolo Collecchia, Gaia Lanforti</i>	9
Trattamento dell'incontinenza urinaria nella donna: tra successi ottenuti e bisogni da soddisfare <i>Vincenzo Li Marzi</i>	11
L'Educazione Continua in Medicina dei Medici 118 della ex ASL 4 di Prato <i>Paolo Michele Olia, Rocco Giuseppe Caprino</i>	15
Steatosi epatica nel bambino <i>Mariangela Stinco, Elisa Bartolini, Chiara Rubino, Giuseppe Indolfi, Massimo Resti</i>	18
BPCO Nota 99. Hai voluto la spirometria? Ora soffia, soffia, soffia ... <i>Saffi Ettore Giustini, Luigi Santoiemma, Lora Accettura, Giorgio Castellana, Paola Maria Mandelli, Umberto Alecci</i>	21
Vita dell'Ordine	25



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

1

GENNAIO - FEBBRAIO 2022

“Io penso al mio, che gli altri pensino al loro”

Esther Diana

Architetto, storico della sanità

Nel momento in cui l'autorità pubblica per il bene sociale inizia a diramare normative ecco che emerge il “bastian contrario” che è insito nell'uomo, almeno in una buona parte degli appartenenti al consenso civile.

Il “divieto” a espletare un dato comportamento o, ancora, l’“obbligo” a obbedire a determinate regole, assurge a *impasse* che rischia di pregiudicare – almeno in ambito sanitario – ciò che ha costituito il percorso di crescita dell'umanità: quel percorso conseguito in millenni di progresso della scienza e della scienza medica in particolare essendo, quest'ultima, unico settore su cui tutto il genere umano ha dovuto confrontarsi; di qualsiasi razza, popolo, cetto sociale, appartenenza politica, e così via, di cui sia parte.

Dobbiamo dirlo senza timore: le ultime criticità della pandemia COVID-19 ci hanno riportato indietro nel tempo; stiamo rivivendo quell'ostruzionismo insipiente – ma allora era motivato dalla generale ignoranza sociale che oggi non si può più ammettere! – verso il progredire dell'igiene individuale e collettiva, verso le ricerche e scoperte microbiologiche e eziologiche su cui tanti medici e scienziati hanno speso la loro vita, non di rado, perdendola.

Abbiamo trascorso le ultime festività all'insegna di una diaspora familiare schierata su due opposte fazioni: i vaccinati e i no vax. Quella “mensa” natalizia occasione di incontro e serenità è diventata luogo di frattura che solo nei migliori dei casi è riuscita a ricomporsi median-

te il patteggiamento di tamponi dell'ultimo minuto e tavoli disposti sapientemente in più ambienti della casa. Una “dispersione” che ha lasciato – almeno alla sottoscritta – l'amaro in bocca avendola vissuta in prima persona (e vissuta senza alcun compromesso: ovvero ricusando quei parenti riottosi nel non voler capire) da moglie di medico infettivologo, fermamente convinta che non vaccinarsi, oggi, sia un comportamento incivile specialmente nei confronti dei tanti che, nei paesi a risorse limitate, non “possono scegliere” di vaccinarsi o meno in quanto non esistono abbastanza vaccini.

Spesso, si nasconde la propria ignoranza o fatalistica supponenza (“tanto si deve pur morire di qualcosa!”) mediante argomentazioni che sfociano in parole “grosse” di cui molti non fanno neppure le implicazioni che sottendono: così, si parla di regimi dittatoriali, si rispolverano termini come “stato-padrone”, si additano le multinazionali del farmaco quali occulti “untori” al fine di garantirsi introiti, si parla di numeri di decessi “pompati”.

Perché questo preambolo? Perché scartabellando tra i documenti di storie vissute ho trovato esempi di una “disubbidienza” che ha gli stessi colori – ovviamente con tutte le debite differenze – dei “negazionisti” di oggi. Ovviamente è sempre la peste a costituire il principale punto di riferimento per essere la criticità che per effetti e conseguenze può essere paragonata alla pandemia che stiamo attualmente vivendo.

Negli esempi su cui nelle passate

Toscana Medica ho indugiato, la contravvenzione alle norme emanate dallo Stato scaturisce quasi sempre da necessità legate al sopravvivere quotidiano o da bramosia di introiti illeciti. Oppure, da solitudine vista come condizione utile alla preservazione dalla malattia.

Il desiderio di opporsi alla realtà del morbo appellandosi alla fatalità imperitura delle malattie con conseguente rifiuto delle limitazioni al proprio agire quotidiano, se oggi radica nel recalcitrante ostruzionismo dei no vax, ieri induceva alla “fuga”. Che non era quella fuga che i più altolocati potevano permettersi abbandonando la città per le proprie residenze di campagna; bensì quella più interiore che portava a disconoscere la calamità contingente mediante il celarsi in luoghi particolari per vivere con altri in allegria, certi che bastasse “non pensare” alla malattia perché questa non si manifestasse. In sintesi, un disconoscerla attraverso l'elusione delle normative, per azzerare il proprio isolamento interiore, la propria paura.

Come i giovani del *Decameron* che si raccontano novelle per ostracizzare la peste, così tenta di fare un gruppo di meretrici nella Firenze appestata del 1479.

La vicenda ci viene trasmessa da Caterina Muccingrifi, una servente dell'Ospedale di Santa Maria Nuova, attraverso una lunga lettera che indirizza a Lorenzo il Magnifico. La missiva è così bella da meritare almeno una parziale trascrizione:

“Magnifico Lorenzo, l'amore el dolore [...] me muove aservare a Vra

M.ia a cio che di quello ve aviso habbiate a proveder. Alle dì passate io, andando allo spedale come soglio, mi trovai una pubblica meretrice in capo di tavola et altre donne a mangiare: domando io chi era costei: mi fu detto da quelle donne che era la puctana di prete Antonio et che bisogna di farli honore per istare in pace co' lui: io meralvighandomi di cio, cominciai a dire che cose son queste, che al presente ci sieno le meretrici: andai come gelosa dell'honore del luogho et disselo co' Messer Andrea [forse il camarlingo essendo in questo momento spedalingo Giovanni dell'Antella, n.d.A.]. Lui mi rispusi che bisognava che patissi questo et altro, et che non poteva nulla contra di lui ..."¹. A quelle donne la peste aveva vietato l'espletamento del mestiere e quel prete era andato incontro alle loro richieste ricevendole nell'Ospedale. Un luogo ritenuto "protetto" in virtù del non conoscere l'eziologia del morbo. Quelle donne, lì dentro, avrebbero mangiato e non sarebbero state indotte a continuare illecitamente quel loro mestiere foriero di contagio. Il prete, accorto, le aveva confinate nel refettorio dei serventi vietando loro di uscirne. Il suo gesto viene visto (o meglio lo si vuole vedere!) come un atto di "carità" verso donne senza sussistenza, impaurite, prive di rifugio. Che male potevano fare? Forse ridevano con troppo gusto? I loro schiamazzi degeneravano in qualcosa di più grave? L'autorità dell'Ospedale è tale da mettere in silenzio qualsiasi ipotesi di "sporco affare", cosa che noi, invece, maligni, ben sospettiamo. Non conosciamo la risposta del Magnifico ma qualcosa dovette accadere perché "prete Antonio per quelle parole che io come amorosa dell'honore dello spedale ho detto, maccolto in tal modo in odio chel

secundo di mi fecie cacciar come una trista da lui famigli, dicendomi per parte sua che io no ardirebbe più andar in quel locho: per la qualcosa Magnifico Lorenzo io et altre povere donne ricorriamo [...] perché questo locho pietoso non sia una baratteria et uno bordello di maschi et di femmine".

L'isolamento individuale o di gruppo diventa atto di difesa perché all'interno di un quartiere, di un paese, di un borgo, di una categoria professionale dove tutti si conoscono da dove può arrivare la malattia? Solo dallo "straniero": da colui che, estraneo a quella comunità, ne può alterare le regole facendosi "untore". Questo pensiero è prioritario nella mente dei giurisdicenti delle terre più lontane da Firenze. Il vicario di Firenzuola, Carnesecchi, non ha dubbi in proposito e, nonostante i divieti, continua a tenere aperto il mercato settimanale. "È vero – dice – [...] interdissi l'ingresso [...] di merciai, calzolai, pollaioli, hortolani et altri mercanti e bottegai et anco persone particolari che concorrevano con telerie, bestiami et altre mercantie [...] ma ben è vero che doppo alcune settimane a preghi del popolo [...], che già pativa di tutte le necessità, lasciai talvolta entrare qualche duno con un poco di grano [...], con qualche tela da vendere per loro estremi bisogni ma però persone conosciute et del paese circumvicino [...] et no mai a forestieri eccetto che al più un hortolano di Mugello con una soma di frutta e hortaggi et un merciaiuo con nastri e spilletti da donne"². E, così, ecco che il mercato di Firenzuola si anima prima di dieci, poi di trenta, fino a quaranta e ancor più di venditori. Alle veementi accuse del Magistrato, Carnesecchi ribatte che il popolo "non capisce" quelle restrizioni che reputa "una

angharia" in quanto si sente vittima di un raggio, di una speculazione che colpisce il povero per arricchire il ricco: "... che non c'è malattia quando ci si conosce tutti".

Il popolo di Firenzuola non è il solo a non voler assecondare la legge.

Alcuni soldati accampati nel modenese, sebbene in quarantena, erano fuggiti dall'isolamento e avevano varcato il confine cercando rifugio nel Castello di Sommocolona, sperduto paese del barghigiano, per essere molti nativi di quei luoghi.

Il podestà di Barga, venutone a conoscenza, ordinava al Capitano della Banda di recarsi con cinquanta uomini in quella Terra per ricacciare i ribaldi oltre i confini. Ma, questo Capitano "mandò i soldati quasi per ischerzo e per burlla [...] dicendo, sempre il Capitano, che non vole che i suoi soldati faccino il birro"³.

Nelle terre di confine da sempre prevale il fatalismo dettato dall'esigenza dell'immediato vivere. La popolazione ha da secoli imparato "a far da se" e le stesse notizie concernenti la peste, quando giungono ai confini dello Stato, smussano il terrore combinandosi con l'ansia, l'eccitazione, persino con la curiosità quasi fossero annunci del passaggio di un esercito o di un corteo principesco. Il confine stesso, nella sua ideale, filtrante demarcazione, introduce all'ignoto, al fatalmente possibile, all'avventura, al caso.

"La peste c'è, non c'è ... è a un miglio, a due ... è già tra noi" stralci di frasi ballerine quasi giornalieri che vengono ribattute da una parte all'altra, dall'"esterno" del confine al suo "interno", non senza una certa assuefazione. E in questi microcosmi di vita, il compromesso, l'irregolarità, il contrario alla legge, diventano prassi di un vissuto che neppure il panico del morbo riesce a intaccare, a sviare dai ritmi quoti-

¹ Archivio di Stato di Firenze, Mediceo avanti il Principato, f. XXXVII, n. 648, così come la citazione seguente.

² Ufficiali di Sanità, f.150, c. 1153.

³ Ivi, F. 151, c. 976.

diani del sopravvivere: “lo penso al mio, che gli altri pensino al loro. Lo Stato? Qui è assente”.

Ma questi stralci di fatti lontani si capiscono: la totale ignoranza sull'eziologia e sugli effetti nosologici della malattia, sono indiscusse

giustificazioni. Non così oggi. Oggi non si può disconoscere la validità delle normative dettate dalla scienza medica. Oggi si “sa”, è “doveroso” sapere: esistono mezzi, persone, enti che spiegano e informano così da fugare tentennamenti, luoghi

comuni che si reggono sulle basi vaghe e supponenti di una cultura prevalentemente di rete che, in questa contingenza, è quanto mai deleteria e non fa onore a chi vi attinge.

dianadionisio@tiscali.it

Conflitto di interessi

L'autrice dichiara di non avere alcun conflitto di interessi rispetto agli argomenti trattati nell'articolo.

Editoriale

di *Pietro Claudio Dattolo*

Non si fa che parlare dei miliardi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) da spendere e del passaggio alla dipendenza dei medici di medicina generale.

Ma qual è il progetto che lega il territorio all'ospedale?

Ospedale e territorio devono rappresentare due facce della stessa medaglia e non essere appaiati come due silos. E medici e infermieri non possono essere solo figure del gioco di "fantasanità", ma sono la maggiore risorsa del sistema.

Abbiamo retto con gravi sofferenze alla pandemia ma e da tempo ormai il sistema ospedaliero e la medicina generale sono investiti da uno tsunami e i medici sono in preda a un *burnout* che lascia spazio solo alla fuga. Senza personale, però, le strutture sanitarie, territoriali e ospedaliere, sia pure antisismiche, diventano palcoscenici vuoti, le nuove tecnologie elementi di arredo, lo stesso territorio puro riferimento geografico, nel quale poco conterà lo stato giuridico degli assenti.

Il grande tema della sanità COVID e post COVID non è dunque solo cemento o cambio di stato giuridico (ne conosciamo poi i costi reali?). Poi gli stessi medici dipendenti ormai mal sopportano catene di comando spesso inadeguate e vincoli organizzativi non privi di forme impositive. Bisogna cominciare a parlare di sistema ospedaliero e territoriale, a ridiscutere ruolo, stato giuridico, modalità di reclutamento e di retribuzione, modelli organizzativi dei suoi professionisti.

Vogliamo continuare ad affidare il governo clinico ai soli strumenti della cultura aziendalista, ormai usati anche con non celate forme di autoritarismo, con esclusione dei professionisti dai processi decisionali, nella velleità di costruire maxi aziende con mini medici?

Il PNRR rappresenta l'occasione, forse ultima, per riformare realmente in maniera moderna il nostro Servizio Sanitario Nazionale/Servizio Sanitario Regionale (SSN/SSR).

Molte regioni, come la nostra sono

pronte a discuterne, ma bisogna reimpostare la Missione 6 dal punto di vista finanziario, bisogna assicurare alle regioni le risorse adeguate per assumere, visto che la dote assegnata alla salute è la metà di quella concessa a villette, condomini, seconde e terze case, perché l'ospedale del futuro non è solo tecnologia, senza riguardo a chi la fa funzionare o adeguamento a norme, senza attenzione alla necessaria flessibilità di spazi, modelli organizzativi, dotazioni organiche.

Solo medici e infermieri, ossia la forza lavoro può portare la sanità fuori dalla crisi; ma il disagio crescente dei professionisti e la crisi di fiducia dei cittadini nell'affidabilità del sistema sanitario rappresentano un combinato disposto in grado di eroderne la sostenibilità, quali che siano le risorse investite. Come si sta puntualmente verificando. E la tentazione di affidare parte del sistema al privato è già realtà.

Conflitto di interessi

L'autore dichiara di non avere alcun conflitto di interessi rispetto agli argomenti trattati nell'articolo.

HIV e Aging: HIV accelera l'invecchiamento?

di Canio Martinelli¹, Paola Corsi², Lorenzo Zammarchi³, Alessandro Bartoloni⁴

¹ Dirigente Medico, Responsabile Ambulatorio Infezioni Sessualmente trasmesse, ² Dirigente Medico, ³ Professore Associato,

⁴ Professore Ordinario, SOD Malattie Infettive e Tropicali, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze

La diagnosi di infezione HIV negli anziani è un argomento poco discusso, inoltre dopo l'introduzione della terapia altamente efficace (ART) il decorso dell'infezione da HIV si è trasformato in una malattia cronica e il numero dei pazienti affetti da HIV anziani o di età \geq di 50 anni è notevolmente aumentato. Questo è dovuto essenzialmente a molteplici ordini di fattori: i pazienti che sono stati infettati in età giovanile hanno una speranza di vita maggiore e l'età media al momento della infezione è aumentata. Inoltre l'infezione da HIV non precocemente trattata, per ritardo di diagnosi, può determinare dei cambiamenti a carico del sistema immunitario che sono simili a quelli osservati negli anziani. Anche se indubbiamente ci sono tassi più elevati di comorbidità nella popolazione con infezione da HIV è possibile che HIV e ART provochino un prematuro invecchiamento. Altri fattori in aggiunta modificabili il fumo, l'alcol e l'uso di droghe.

Parole chiave: HIV, invecchiamento precoce, fragilità, comorbidità, tossicità da farmaci antiretrovirali

L'aumento della popolazione adulta, anziana che vive con infezione da virus dell'immunodeficienza acquisita (*People Living With HIV and AIDS*, PLWHA) è dovuto al trattamento con farmaci antiretrovirali efficaci (ART) e al numero crescente di nuove trasmissioni in età adulta-avanzata. In particolare, tendono ad aumentare i soggetti di età $>$ 65 anni e si stima che nel 2030 essi saranno il 48% della popolazione HIV positiva. In Italia, attualmente, si stima che le persone con HIV siano più di 120.000; il 29,5% sono di età compresa tra i 50 e 59 anni e l'11,7% ha più di 60 anni. Ciò non costituisce solo un dato demografico ma richiede anche un cambiamento nell'approccio clinico e socio-assistenziale. L'infezione da HIV sembra accelerare il processo di invecchiamento, per cui è opportuno iniziare a monitorare il paziente cercando di prevenire le sequele dell'invecchiamento anche prima dei 50 anni. È noto che l'infezione HIV e l'invecchiamento causano di-

sfunzioni simili: la riduzione della conta delle cellule CD4+ si associa con l'accorciamento dei telomeri (regione terminale di un cromosoma) paragonabile a quella di un individuo più in là con gli anni. Si può osservare, inoltre, un eccesso di radicali liberi e uno stress ossidativo che contribuiscono a danneggiare il sistema immunitario e favorire la replicazione virale. La conseguenza di ciò è una riduzione dei meccanismi omeostatici e un incremento di malattie non trasmissibili (*non-communicable disease*-NCD), come il diabete tipo 2, le malattie cardiovascolari, le malattie polmonari (asma e broncopneumopatia cronica ostruttiva) e il cancro (Fig 1). Le NCD e il deterioramento psicofisico non sono associate in questi pazienti all'età cronologica e possono contribuire alla riduzione delle aspettative di vita in salute. È stato introdotto il termine di fragilità per stratificare la diversità dei pazienti e fornire una guida prognostica. Per misurare la fragilità oc-

corre avere almeno tre delle seguenti condizioni: perdita di peso non intenzionale, affaticamento, ridotta funzionalità fisica, lentezza (misurata sulla base del tempo impiegato per percorrere 5 m) e debolezza (sulla base della forza della presa). La fragilità si riferisce anche alla vulnerabilità e alla disabilità di solito associate all'età anziana e può rappresentare l'età biologica dell'individuo. Per quanto riguarda l'immunopatogenesi dell'invecchiamento, l'infezione da HIV è stata considerata come un induttore di infiammazione cronica e dell'attivazione immunitaria. L'infiammazione (*inflammaging*) è stata valutata con vari parametri fra cui il *network* delle citochine. L'invecchiamento è variabile nei PLWHA: alcuni con età $>$ 50 anni possono godere di un buon funzionamento fisico e mentale, mentre altri possono mostrare fragilità e avere la necessità di un sostegno per soddisfare i loro bisogni di base. È emerso, inoltre, che i sieropositivi per HIV, in confronto ai

soggetti sieronegativi di età simile e della stessa etnia, sono più soggetti a sviluppare la fragilità. Specialmente in età più avanzata gli studi hanno confermato nei PLWHA una correlazione tra fragilità e bassa conta dei CD4+. Alla base del processo di invecchiamento può esserci da un lato il ritardo della diagnosi e del trattamento con i farmaci antiretrovirali, dall'altro alcuni di essi, quali gli analoghi della timidina (la stavudina-d4T e la didanosina-ddI), possono avere contribuito a un invecchiamento precoce. Ulteriori potenziali fattori includono il fumo, il consumo di alcol e di droghe, le coinfezioni HCV, HBV e CMV. Più vecchia è l'infezione da HIV e più frequentemente insorge una sindrome da fragilità. L'incidenza della fragilità nei cinquantenni, sieropositivi da più di quattro anni, è paragonabile a quella rilevata negli ultrasessantacinquenni sieronegativi. Servono ulteriori approfondimenti per chiarire l'esatta natura del rapporto tra fragilità e HIV e per individuare metodi per ridurla e gestirne i fattori di rischio. Gli elementi di specificità del paziente HIV anziano sono rappresentati da un minore recupero dei CD4+, anche se si osserva una buona risposta virologica; si aggiunge che non sempre c'è una ottimale aderenza al trattamento, con maggiori tassi di interruzione della ART e il rischio di progressione di malattia osservati nei soggetti con età < 50 anni. Nei PLWHA più frequentemente si possono osservare le multimorbilità rappresentate dalle malattie cardiovascolari con un incremento dei tassi di infarto, di ipertensione che a sua volta può causare una nefropatia, di fratture dovute alla bassa densità minerale ossea (BMD) e all'osteoporosi, oltre ai rischi tradizionali associati come alcol, basso stato socio-economico, ART. Un'altra morbidità è rappresentata da un'alterazione della distribuzione del grasso corporeo che si può manifestare essenzialmente in due forme: l'iperlipotrofia (gobba di bufalo o accumulo anomalo di grasso

al dorso, aumento di grasso periviscerale addominale e aumento di tessuto adiposo del seno) e l'ipotrofia cioè la perdita della massa grassa consensuale alla ridotta massa muscolare degli arti. Gli aspetti distrofici sono uno stigma della malattia che determina spesso emarginazione e depressione dei pazienti. Un'altra condizione legata all'invecchiamento nei soggetti con HIV, che attualmente vivono di più rispetto al passato, è la comparsa della sarcopenia. La sua patogenesi è multifattoriale e i fattori comprendono l'immuno-infiammazione da HIV, la riduzione della massa e della forza associata alla tossicità dei farmaci antiretrovirali, la vita sedentaria, i cambiamenti ormonali (ipogonadismo e ridotti livelli di estrogeni), lo scarso apporto proteico e di vitamina D, che derivano anche dalla precaria condizione socio-economica e che spesso richiedono un'implementazione. Negli ultimi anni alcune linee guida hanno introdotto principi per la gestione dell'ART in PLWHA e la necessità di uno *screening* intensivo delle comorbilità; ci sono tuttavia poche evidenze per guidare la prescrizione della ART per gli *old-patients* e per i pazienti con multi-morbilità, definita come la presenza contemporanea di almeno due malattie non trasmissibili. Nella pratica clinica i ricercatori che si occupano di HIV stanno cercando di prendere in considerazione il peso della multi-morbilità, della polifarmacia e dell'età quando prescrivono gli antiretrovirali. La gestione delle comorbilità e il rischio delle interazioni farmacologiche deve tenere conto della riconciliazione farmacologica. Questa è fondamentale per garantire la sicurezza del paziente e prevenire gli errori non solo in ospedale ma anche nel territorio di cura (trasferimento tra reparti della stessa struttura o ad altra struttura sanitaria e nell'assunzione non regolare delle compresse anche per una ridotta autonomia e autosufficienza). I pazienti con multimorbilità hanno maggior rischio di interazioni

farmacologiche e in uno studio multicentrico che ha analizzato la prescrizione di ART in 1222 persone con HIV di età > 65 anni (coorte GEPPPO, *Geriatric Patients living with HIV/AIDS*), è stato rilevato che una triplice terapia (3 farmaci di classi diverse) era presente nel 66,4%, e la doppia terapia nel 25,3%. Nello sforzo di contrastare la progressione della malattia da HIV è stato utilizzato un numero crescente di regimi farmacologici con minore tossicità, in particolare la duplice terapia. Questi regimi vengono utilizzati nel tentativo di risparmiare tenofovir disoproxil fumarato (TDF), abacavir (ABC) e inibitori non nucleosidici della trascrittasi inversa (NNRTI), come efavirenz, combinazioni che sono potenzialmente associate a malattie renali, ossee e cardiache. Pertanto, i medici che si occupano di HIV scelgono i regimi ART in base alle tossicità che vogliono evitare. I duplici regimi, cioè solo a 2 farmaci, vanno nella stessa direzione dell'approccio *deprescribing* suggerito specificatamente nella gestione della polifarmacia nei pazienti geriatrici. Nella pratica clinica il soggetto HIV richiede un attento esame farmaco-farmaco per prevenire le interazioni mediante l'utilizzo di *flow-chart* periodicamente aggiornate su siti web specializzati (ad es. *Liverpool HIV drug-interaction*). Sono piuttosto frequenti le interazioni con gli inibitori delle pompa protonica e con gli steroidi anche per via inalatoria, quali budesonide, flucitasone, mometasone, prednisone: questi ultimi, somministrati con i farmaci antiretrovirali della classe degli inibitori della proteasi boosterati, possono determinare un'insufficienza surrenalica e la sindrome di Cushing. Il dosaggio terapeutico dei farmaci antiretrovirali (*Therapeutic Drug Monitoring*, TDM) con il ricorso di laboratori accreditati può essere utile nella scelta della ART, specialmente in alcune situazioni quali le alterazioni della funzione gastrica, epatica e renale, nelle gravidanze e nei fallimenti virologici. Diverse classi di far-

maci antiretrovirali come gli NNRTI e, gli inibitori della proteasi boosterati (IPr) e il maraviroc (MMVC), hanno potenziali interazioni farmacologiche in quanto substrati o induttori del sistema del citocromo P450. Degli attuali regimi della terapia antiretrovirale combinata (cART), sono disponibili quelli della classe degli inibitori dell'integrasi (INIs), come dolutegravir (DTC), raltegravir (RAL) ed elvitegravir (EVG); se cosomministrati con altri farmaci mostrano meno interazioni farmacologiche specialmente con gli antidiabetici orali e in parte con gli antipsicotici e gli ansiolitici. Gli obbiettivi dell'ART

in pazienti di età > di 65 anni sono l'efficacia virologica, il ridotto numero di compresse, le ridotte interazioni farmacologiche e la sicurezza o non tossicità a livello renale, osseo, cardiovascolare e metabolico.

In conclusione, l'incremento dei casi di invecchiamento precoce che colpisce i PLWHA necessita di adeguati cambiamenti nella gestione clinica, inclusa la prescrizione del tipo di ART. Tuttavia, lo sviluppo di ulteriori coorti di osservazione può aprire la strada a una migliore comprensione dei bisogni insoddisfatti di questa popolazione e all'introduzione di nuovi modelli di assistenza.

La *road map* è chiaramente indicata dalla medicina geriatrica con un approccio multidisciplinare dell'individuo e con un'assistenza coordinata nella gestione delle sindromi geriatriche, della fragilità, dei disturbi neurocognitivi e dei bisogni sociali. Gli attuali obiettivi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nella gestione nei pazienti HIV sono che la diagnosi venga effettuata nel 90% dei soggetti HIV positivi, che il 90% sia in trattamento, che il 90% sia in soppressione virologica e che il 90% sia in forma a 90 anni.

martinellicanio8@gmail.com

Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi rispetto agli argomenti trattati nell'articolo.

La medicina al congiuntivo ... ovvero la scoperta dell'acqua calda

di Giampaolo Collecchia¹, Gaia Lanforti²

¹Medico di Medicina Generale, Massa; ² Medico in formazione in Medicina Generale presso la Regione Toscana (Pisa), Massa (MS)

Per collaborare al dinamico processo di affermazione identitaria professionale della Medicina Generale, alcuni ricercatori britannici hanno effettuato uno studio qualitativo che ha consentito di proporre la concettualizzazione di una Medicina Generale "al congiuntivo", esaltando il valore della co-costruzione sociale prodotta dalla consultazione in tale *setting*. In pratica gli autori dello studio propongono un costrutto che, originale nel lessico, si limita a sottolineare e riproporre prassi note, già approfondite in maniera esaustiva da molta letteratura, anche italiana.

Parole chiave: medicina generale, epistemologia, consultazione, relazione, paziente

"La Medicina Generale ...
il lavoro più facile da fare male,
il più difficile da fare bene".
prof. Sir Denis Pereira Gray

Un aspetto costitutivo della Medicina Generale o di Famiglia è la cura centrata sul paziente, o meglio sulla persona, perché parlare di paziente tende a oggettivare gli individui e a ridurli alle loro malattie. Per approfondire la metodologia di approccio alla relazione medico-paziente nel *setting* della Medicina Generale (MG) e concettualizzare le caratteristiche identitarie della disciplina, un gruppo di ricercatori britannici ha condotto uno studio qualitativo in una sede di cure primarie di una piccola città nel sud dell'Inghilterra. Tale struttura è stata selezionata perché in grado di fornire servizi sufficienti per costituire una comunità di cura adeguata agli obiettivi della indagine: un bacino di circa 8.000 pazienti assistiti da 8 medici di medicina generale (MMG), 3 infermieri, 2 assistenti sanitari e un team di personale di supporto amministrativo.

L'approccio utilizzato è stato etnografico, cioè caratterizzato dalla raccolta dei dati in ambienti naturali e relativamente non strutturata. L'analisi, condotta da febbraio 2018 a marzo 2019, ha riguardato 100 consultazioni tra clinici e pazienti e oltre 300 ore di osservazione nella sede dell'attività di MG, comprese l'area dell'amministrazione, la stanza dello staff e la sala d'attesa. Sono state inoltre effettuate sei interviste semistrutturate registrandone l'audio, utilizzando una metodologia qualitativa ispirata alla "grounded theory".

Imparare le buone abitudini e usare il giudizio esperto

Lo studio evidenzia che i MMG riconoscono esplicitamente l'incertezza della loro disciplina e le relative conseguenze, sia nei confronti di loro stessi che dei pazienti. Un MMG intervistato ha affermato esplicitamente che la disciplina "riguarda il gestire l'incertezza, affrontare l'incertezza e vivere con l'incertezza". I medici fanno inoltre uno sforzo notevole per comunicare non solo una

diagnosi e una terapia, ma anche il concetto sottostante, spesso usando analogie. Esempio: "Oggi, il tuo cuore batte un po' fuori tempo. Salta come un orologio, cosa che è impossibile dimostrare prendendo il polso. L'ECG mostra che è normale. È un po' come avere un'auto che non funziona". I MMG intervistati segnalano inoltre che l'avvento di una medicina sempre più tecnica può portare a una sorta di disumanizzazione. È per questo necessario rafforzare l'empatia e l'interessamento verso i problemi e i bisogni del paziente (capire, ad esempio, perché possa essere triste e quanto per lui sia complicata una politerapia), prima di proporre le possibili soluzioni. Prendendo sul serio i pazienti, i clinici creano le condizioni per prendere decisioni *con* loro anziché *per* loro e ciò può, ad esempio, aumentare la compliance alle soluzioni proposte. Fattore cruciale è l'instaurazione e il mantenimento di un rapporto di fiducia, che può anche permettere ai clinici di ammettere un errore senza compromettere la loro relazione con il paziente.

La medicina al congiuntivo

I ricercatori hanno notato che durante le consultazioni i medici non ripetono/ripropongono in maniera sempre uguale il loro ruolo, ma lo riformulano costantemente attraverso quella che definiscono attuazione collaborativa, la cosiddetta *enaction*. La consultazione non è condotta solo all'indicativo (le cose "come sono"), ma al congiuntivo (le cose "come se fossero"), confermando la natura esplicitamente creativa, contestualizzata e anche imprevedibile di una pratica centrata sulla persona. Gli autori propongono per questo la concettualizzazione di una MG "al congiuntivo", esaltando il valore della co-costruzione sociale prodotta dalla consultazione. Nella lingua corrente, il modo congiuntivo dà infatti la possibilità di discutere premesse non necessariamente realizzabili. Per riassumere, la "subjunctive medicine" comprenderebbe tre principali azioni:

- concepire ogni consulenza come una nuova collaborazione;
- sfruttare l'importanza dell'immaginazione nello sviluppo di relazioni interpersonali;
- adottare esplicitamente un ruolo clinico per aumentare la resilienza.

Riflessioni

La MG, disciplina autonoma, orientata al paziente, è luogo in cui le variabili oggettive di stampo prettamente clinico sono descrittori insufficienti della prassi, essendo le decisioni dei MMG largamente influenzate dalle aspettative e preferenze dei pazienti. È una disciplina complessa, che presenta una clinica specifica, altamente condizionata da fattori di contesto, quali ruolo dei familiari, aspetti sociali ed economici, esigenze organizzative. È infatti elevato il potere negoziale espresso dal paziente e spesso dalla famiglia: se gli obiettivi degli interventi sono sicuramente di suo/loro interesse, il

percorso per ottenerli è disseminato di ostacoli che solo i diretti interessati possono valutare, ad esempio l'assunzione e numero di farmaci, la necessità di controlli periodici, soprattutto le modificazioni dello stile di vita. Questo, infatti, riflette la risposta adattativa al bisogno di integrazione tra la cultura del singolo e quella della comunità di appartenenza, una caratteristica dunque soprattutto della popolazione e della società più che degli individui. La realtà biologica della malattia si iscrive, infatti, a sua volta in una realtà sociale, economica e culturale che rappresenta, nel singolo individuo, un forte modulatore della salute dell'individuo. Il medico ha il dovere di indicare l'obiettivo verso cui tendere a vantaggio di un maggior benessere per il paziente, ma sia l'obiettivo che il percorso verso l'obiettivo vanno adeguati al singolo paziente, inteso come persona, nei suoi aspetti razionali e non razionali. La MG necessita di metodi e contenuti propri, in grado di consentire il passaggio da una medicina del possibile, della letteratura scientifica, a una medicina delle scelte condivise, dove si modula la conoscenza teorica alla pratica, tenendo conto dei diversi valori in gioco, individuali e collettivi. La pratica clinica della MG è lontana da quella degli studi sperimentali, identificati attualmente come la migliore fonte di prove, tanto che qualcuno ha parlato di "*medicine-based evidence*" come prerequisito per una *evidence-based medicine*. Gli studi sperimentali includono, infatti, nella maggior parte dei casi pazienti selezionati, ad esempio per quanto riguarda età e comorbidità, variabili spesso associate nella pratica quotidiana. Le malattie sono codificate nosograficamente, mentre in MG, in molti casi, non si riesce ad arrivare a una diagnosi definitiva. Ciò avviene non solo quando la patologia

responsabile della sintomatologia viene osservata in una fase troppo precoce della sua storia naturale, ma anche nel caso in cui la malattia si stia sviluppando in una forma imprevedibile, non riconducibile a spiegazioni fisiopatologiche ragionevoli. La logica del trial tende inoltre a rispondere a domande semplici, soprattutto mediante la terapia farmacologica, mentre il MMG ha bisogno di risposte a domande complesse, spesso non riducibili alla clinica classica se non snaturandone il senso.

Frequentemente è necessaria una ridefinizione del concetto di malattia e un ribaltamento dei presupposti della terapia, che spesso deve iniziare quando la diagnosi non è stata ancora posta. Come teorizzato da Olesen, in molte occasioni la diagnosi tradizionale non è sufficiente, ma occorre una diagnosi a quattro dimensioni (biomedica, contestuale, psicologica, sociorelazionale).

A causa di questi aspetti costitutivi della professione, è frequente che i MMG, per la formazione che hanno ricevuto, percepiscano una divergenza tra ciò che vorrebbero fare e ciò che si trovano a fare in concreto, situazione definita dallo psicologo Leon Festinger dissonanza cognitiva. Da molti anni si cerca di comporre lo statuto epistemologico della MG, tappa fondamentale del processo di affermazione identitaria professionale. Un esempio è la proposta di una definizione europea della disciplina, che ha ricercato e descritto i principi fondanti della disciplina e stimolato alla riflessione e alla costruzione concettuale di un "core" disciplinare.

Gli autori dello studio propongono un costrutto originale nel lessico ma che si limita a sottolineare prassi note, approfondite in maniera esaustiva da molta letteratura, anche italiana.

In pratica, si tratta di "*to reinvent the wheel!*".

gcollec@vmail.it

Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi rispetto agli argomenti trattati nell'articolo.

Trattamento dell'incontinenza urinaria nella donna: tra successi ottenuti e bisogni da soddisfare

di *Vincenzo Li Marzi*

Chirurgia Urologica Robotica, Miniinvasiva e dei Trapianti Renali, AOU Careggi, Firenze; Presidente della Società Italiana di Urodinamica (SIUD)

Introduzione e classificazione

L'incontinenza urinaria (IU) è, per definizione, "una qualsiasi perdita di urina" che si verifichi in una persona adulta o in un bambino al di sopra dell'età in cui è fisiologico "farsi la pipì addosso". È quindi senz'altro il sintomo di una condizione di natura clinica che può avere, a seconda della gravità, pesanti implicazioni nella vita sociale per il carico di imbarazzo che comporta e per il pesante condizionamento nella vita di relazione. Si tratta, nella maggioranza dei casi, di una patologia nascosta che con l'ansia, la depressione e l'isolamento legati al timore di non controllare le perdite, incide pesantemente sulla qualità della vita (QoL), sui rapporti sociali, l'intesa di coppia e la sessualità. Si riconoscono vari tipi di incontinenza: incontinenza stabilizzata e transitoria, quest'ultima spesso riscontrata negli anziani dove la presenza di altre patologie o infezioni, fecalomi o interazioni farmacologiche può essere la causa della transitorietà del problema.

Come già definito, l'IU è la perdita involontaria di urine attraverso l'uretra, precisazione importante per distinguerla dalle perdite urinarie dovute alle fistole (es. vescico-vaginali). L'IU, tipica della fase di riempimento vescicale, può manifestarsi in diverse forme con eziologia diversa (Tabella I).

I dati presenti in letteratura stimano che una percentuale dal 5 al 69% della popolazione femminile e dall'1 al 39% di quella maschile risulta colpita da IU: tali ampie variazioni percentuali riflettono la difficoltà della comunità scientifica di effettuare una stima esatta della prevalenza di questa patologia. Studi epidemiologici, infatti, valutano diverse coorti di pazienti analizzando molti aspetti quali sesso, età, etnia, comorbilità, tipologia di incontinenza, grado di severità e altro, fornendo dati estremamente differenti. Nonostante l'eterogeneità degli studi presenti in letteratura, emerge come il sesso femminile sia maggiormente colpito rispetto al sesso maschile con un rapporto F:M/2:1 e come l'avanzare dell'età

rappresenti un fattore di rischio per entrambi i sessi. L'eziologia e le alterazioni funzionali che determinano l'IU sono molteplici. Generalmente variano in relazione all'età e al sesso. In particolare, nel sesso femminile, la brevità dell'uretra e le caratteristiche dello sfintere urinario costituiscono elementi anatomici che aumentano il rischio di sviluppare tale condizione. Infatti, la donna soffre soprattutto della cosiddetta incontinenza urinaria da sforzo (IUS). Fattori di rischio per questa forma di incontinenza sono considerati il numero delle gravidanze, l'eventuale presenza di parti complicati, l'aumento del peso corporeo, la menopausa e i pregressi interventi chirurgici sulla pelvi. Mentre nel sesso maschile l'IUS è prevalentemente iatrogena, ovvero post-prostatectomia radicale o dopo chirurgia prostatica a scopo disostruttivo per patologia benigna. Per quanto concerne l'incontinenza urinaria da urgenza (IUU), diverse e molteplici possono essere le cause e le concause (infezioni urinarie, calcoli, diabete, assunzione di farmaci).

Incontinenza urinaria da sforzo (IUS)	Le perdite urinarie si verificano in occasione di aumento della pressione addominale come ad esempio durante uno sforzo fisico, un'attività sportiva oppure in occasione di tosse o starnuti
Incontinenza urinaria da urgenza (IUU)	Le perdite sono accompagnate o immediatamente precedute dal sintomo urgenza ossia dall'improvviso desiderio di urinare difficile da differire
Incontinenza urinaria mista (IUM)	Le perdite si associano sia all'urgenza sia allo sforzo fisico con aumento della pressione addominale. Generalmente le due componenti sintomatologiche non sono equivalenti e quella prevalente o maggiormente invalidante può interessare una o l'altra componente. Molti studi dimostrano come questa forma rappresenti la condizione più comune di incontinenza nelle donne anziane. La terapia risentirà della prevalenza di una forma sull'altra

Tabella I.

Principali tipi di incontinenza urinaria.

In accordo alle più recenti evidenze scientifiche, IUU potrebbe scaturire da alterazioni primarie del muscolo detrusore, dell'urotelio o dell'asse cerebro-tronco encefalico. Una condizione spesso associata all'IUU è la sindrome della vescica iperattiva (*overactive bladder* - OAB) caratterizzata da aumento della frequenza minzionale diurna, notturna e urgenza minzionale. L'IUU ha un impatto sulla QoL delle persone spesso più importante della forma da sforzo in quanto implica una limitazione dell'autonomia individuale così severa da compromettere la vita di relazione. Le persone che soffrono di questa forma di IU, nei casi più severi, vivono in una condizione di vera e propria dipendenza dalla disponibilità di un bagno vicino e, per tale ragione, la loro socializzazione risulta fortemente limitata. L'IU può essere ulteriormente classificata in *complicata* e *non complicata*; in particolare tra le forme complicate rientra l'IU recidiva oppure associata a dolore, ematuria, infezioni urinarie recidivanti, sintomi della fase di svuotamento vescicale, pregressa chirurgia o radioterapia pelvica.

Trattamento

I trattamenti possono essere conservativi o invasivi. Nell'approccio terapeutico all'IU, tra le opzioni non invasive si annovera la *terapia comportamentale*, basata su semplici consigli che hanno come obiettivo la modificazione degli stili di vita al fine di prevenire o gestire in modo più adeguato gli episodi di IU e su vere e proprie tecniche di terapia che influenzino il comportamento della persona nello svuotare la vescica. La perdita di peso corporeo rappresenta un elemento fondamentale nella prevenzione e nel trattamento dell'IU. Accanto a esso, la riduzione dell'assunzione di caffeina, così come la sospensione del fumo può migliorare la sensazione di urgenza e frequenza minzionale. L'eventuale transito intestinale rallentato andrebbe migliorato, nell'ottica preventiva

dell'IU e del prolasso degli organi pelvici, spesso condizioni coesistenti. Cardine dei trattamenti conservativi è la fisiochinesiterapia (*pelvic floor muscle training* - PFMT) utilizzata per migliorare la funzione del pavimento pelvico che rafforza la stabilità uretrale. Al tempo stesso evidenze scientifiche mostrano come possa inibire le contrazioni detrusoriali autonome (iperattività detrusoriale all'indagine urodinamica) nei pazienti con OAB. Trova impiego nel prevenire l'IU nelle donne dopo la gravidanza o dopo chirurgia pelvica o come trattamento conservativo principale nel caso di IUS o di incontinenza urinaria mista (IUM). Si può avvalere di biofeedback (attraverso stimoli visivi, tattili o sonori), stimolazione elettrica di superficie o coni vaginali.

I farmaci antimuscarinici, accanto all'approccio conservativo, rappresentano la prima linea di trattamento dell'IUU e dell'OAB. Tutti gli antimuscarinici attualmente presenti in commercio in Italia sono in grado di offrire una percentuale di cura/miglioramento significativamente più alta del placebo, pagando però lo scotto di maggior incidenza di eventi avversi quali la secchezza delle fauci, la stitichezza, la visione offuscata, le disfunzioni cognitive. In generale, non vi sono solide evidenze a favore di un antimuscarinico rispetto a un altro in termini di cura o miglioramento clinico. Tuttavia esistono delle differenze in termini di tollerabilità. I pazienti con IUU/OAB tendono a essere anziani con terapie complesse e croniche. Il trattamento deve essere centrato sul paziente utilizzando con molta cautela gli antimuscarinici per il rischio di disfunzioni cognitive o cardiovascolari e per limitare le interazioni farmacologiche negative. Alternativa farmacologica è rappresentata dal mirabegron, un beta3-agonista. Gli effetti collaterali adrenergici sistemici sono solitamente di grado lieve e nella gran parte dei casi non clinicamente significativi.

Nel trattamento dell'IUS è possibile proporre la duloxetine, in pazienti

selezionati e dopo che terapia comportamentale e PFMT abbiano fallito e la chirurgia non sia attuabile. Un miglioramento dell'IU nel breve periodo può essere ottenuto con gli estrogeni vaginali trattando l'atrofia genitale nel post-menopausa.

Chirurgia dell'incontinenza urinaria da sforzo

La terapia chirurgica rappresenta la gestione di scelta dopo il fallimento dei trattamenti conservativi. Nel processo decisionale risulta fondamentale un adeguato counseling con la paziente. La letteratura scientifica su questo argomento è sicuramente molto ampia ma eterogenea e spesso gli studi più attendibili sono effettuati in centri altamente specializzati con risultati però poco riproducibili in centri minori e con minor esperienza. Ne deriva che non esiste una singola tecnica da offrire a tutte le donne per la cura dell'IUS e che la scelta deve essere presa tenendo conto dell'esperienza del chirurgo e delle aspettative della paziente. Nonostante i dibattiti sulla reale sicurezza delle protesi sintetiche transvaginali per la correzione dell'IU e del prolasso, il gold standard chirurgico per la correzione dell'IUS femminile è rappresentato dal posizionamento delle *sling medio-uretrali* (MUS). Si tratta di benderelle di tessuto sintetico (polipropilene). La loro funzione è ripristinare un adeguato supporto uretrale talvolta aumentando la resistenza sfinterica senza però determinare un'ostruzione al deflusso urinario funzionalmente significativo. In accordo alle più recenti evidenze, il tasso di continenza da 1 a 5 anni post-intervento sarebbe dell'85-90%, in assenza di differenze significative con tecniche chirurgiche antecedenti quali la colposospensione eseguita con qualsiasi approccio (open, laparoscopico, robotico). Il posizionamento di una MUS può avvenire per via transotturatoria o retropubica con risultati funzionali a lungo termine sovrapponibili (percentuale soggettiva di cura del 43-92% nell'approccio transotturatorio vs del 51-88% nel re-

tropubico). Le MUS possono presentare eventi avversi quali la estrusione/erosione della protesi. Le percentuali di estrusione vaginale e di erosione, soprattutto a carico della vescica, variano da 0 a 6%. Tra gli eventi avversi della tecnica transotturatoria il dolore inguinale e alla radice della coscia è una complicanza descritta significativamente (6,5%). Con l'intento di superare questo discomfort, la chirurgia dell'IUS è divenuta ancor meno invasiva: sono state sviluppate delle benderelle più corte, applicabili con una singola incisione sottouretrale definite *mini-sling* o *single incision sling*. Tuttavia, dati scientifici definitivi che indichino con certezza che queste ultime possono essere di pari efficacia rispetto alle MUS tradizionali non sono disponibili. Nelle donne in cui vengono posizionate le *mini-sling* il dolore inguinale nel post-operatorio è riportato in misura nettamente inferiore rispetto alle transottutorie. In alcune situazioni può essere preso in considerazione l'impiego dei *bulking agents*. Si tratta di iniettare materiali eterologhi cosiddetti "volumizzanti" attraverso la parete dell'uretra per via retrograda così da permettere una parziale chiusura uretrale, senza causare ostruzione, riducendo in tal modo la perdita di urina con lo sforzo. Tali procedure vengono utilizzate in casi selezionati o nei casi in cui l'età o le comorbidità della paziente rendano a rischio un intervento chirurgico più invasivo. Queste procedure, infatti, sono ancora meno invasive e presentano minori rischi o complicanze, possono essere eseguite in anestesia locale, in regime ambulatoriale, ma assicurano un tasso di guarigione più basso (dal 30 al 60%) rispetto alle *sling*.

Chirurgia dell'incontinenza urinaria da urgenza

La terapia chirurgica rappresenta la gestione di scelta dopo il fallimento dei trattamenti conservativi (comportamentali e/o farmacologici). Le procedure chirurgiche a oggi raccomandate sono rappresentate dall'in-

filtrazione detrusoriale di tossina botulinica, dalla neuromodulazione e dalla cistoplastica di ampliamento. Nel caso delle infiltrazioni intravesicali viene utilizzata la neurotossina botulinica, complesso proteico prodotto dal *Clostridium Botulinum*, in grado di interferire con il rilascio di acetilcolina dai terminali presinaptici, prevenendo così la contrazione muscolare. Aspetto critico della procedura è la progressiva perdita di efficacia nel tempo; mediamente l'effetto terapeutico dura 6-8 mesi nel paziente con IU non dovuta a cause neurologiche. Recenti studi hanno mostrato come Onabotulinumtoxin A migliori la QoL dei pazienti, riducendo gli episodi di IU e il numero delle minzioni giornaliere; in particolare, comparata agli antimuscarinici, riduce significativamente l'IU con completa risoluzione sino al 34% dei casi a 12 settimane di follow-up. Gli eventi avversi più significativi sono le infezioni urinarie (25,5%) e l'aumento del residuo post-minzionale con possibile ritenzione urinaria (6,9%) meritevole di cateterizzazione vescicale.

Con il termine neuromodulazione si fa riferimento a tecniche il cui fine è rimodulare un'attività elettrica nervosa, influenzandone la risposta fisiologica dell'organo interessato. Le principali tecniche utilizzate, con le maggiori evidenze scientifiche, sono la neuromodulazione sacrale (NMS) e l'elettrostimolazione del nervo tibiale posteriore. La NMS si effettua posizionando un ago per via percutanea in anestesia locale, valutando la risposta motoria e sensitiva delle fibre sulla radice sacrale S3 mediante stimolazione anterograda. Una volta selezionato, il paziente viene sottoposto a un impianto in due fasi dette "primo tempo" (fase di valutazione dell'efficacia terapeutica) e "secondo tempo" (impianto definitivo). Solo nei pazienti *responder*, cioè che traggono un reale beneficio soggettivo e che mostrano un miglioramento oggettivo, si procede con l'impianto definitivo dove un generatore elettrico (pacemaker vescicale) definitivo

verrà impiantato. Il paziente potrà, tramite un piccolo programmato portatile, accendere e spegnere, aumentare, diminuire l'intensità o cambiare programma di stimolazione. I risultati della NMS mostrano una riduzione di oltre il 50% degli episodi di IU in più del 75% dei pazienti con impatto positivo sulla QoL e miglior costo-efficacia nel lungo termine, essendo un trattamento modificabile nel tempo ed eventualmente reversibile senza alcuna sequela permanente per il paziente. La *percutaneous tibial nerve stimulation* (PTNS) consiste nella stimolazione elettrica del nervo tibiale mediante un ago da agopuntura inserito nella porzione inferiore della gamba, 3-5 cm al di sopra del malleolo. Le sedute di stimolazione durano 30 minuti e possono essere eseguite una volta a settimana per un totale di 12 sedute. Analogamente alla NM, anche la PTNS ha dimostrato di migliorare significativamente i sintomi legati alla OAB, riducendo la frequenza urinaria giornaliera, gli episodi di urgenza e di IUU con conseguente impatto positivo sulla QoL. La percentuale di successo nei pazienti refrattari alla terapia farmacologica dopo PTNS è intorno al 60-70%. La stimolazione del nervo tibiale posteriore può essere effettuata anche utilizzando elettrodi transcutanei piuttosto che aghi. Per la *transcutaneous tibial nerve stimulation* ci sono dimostrazioni limitate del fatto che sia una procedura efficace per la OAB idiopatica negli adulti.

Nel caso di ricorso alla chirurgia maggiore, la cistoplastica di ampliamento ha lo scopo di aumentare la capacità e la compliance vescicale, annullando di fatto l'iperattività del muscolo detrusore. La vescica nativa viene implementata con l'aggiunta di un segmento intestinale, generalmente un segmento di ileo. Rappresenta, in vesciche di capacità gravemente compromessa, la scelta finale nel trattamento dell'IUU/OAB refrattaria a ogni altra terapia, garantendo un successo clinico di circa il 60%; tuttavia è opportuno sottolineare come

circa il 27% dei pazienti sottoposti a cistoplastica lamenti disturbi severi dello svuotamento con necessità di cateterismo vescicale. Oltre ai rischi puramente chirurgici, correlabili all'anastomosi intestinale e alla sutura vescicale, la cistoplastica sembra associarsi a rischi a lungo termine, quali infezioni ricorrenti del basso e alto tratto urinario, alterazioni metaboliche (acidosi metabolica ipercloremica) e in rari casi a neoplasia (Figura 1).

Conclusioni

Nonostante i grandi passi avanti degli ultimi venti anni nel trattamento dell'IU, l'impiego di protesi eterologhe sintetiche in un caso e l'efficacia relativamente bassa delle procedure di neuromodulazione elettrica o di infiltrazione vescicale nell'altro caso lasciano ancora spazio alla ricerca, con l'obiettivo di proporre nuove procedure più efficaci e soprattutto maggiormente sicure.

Una qualsiasi delle varie forme di IU è riscontrata nel 30-50% delle don-

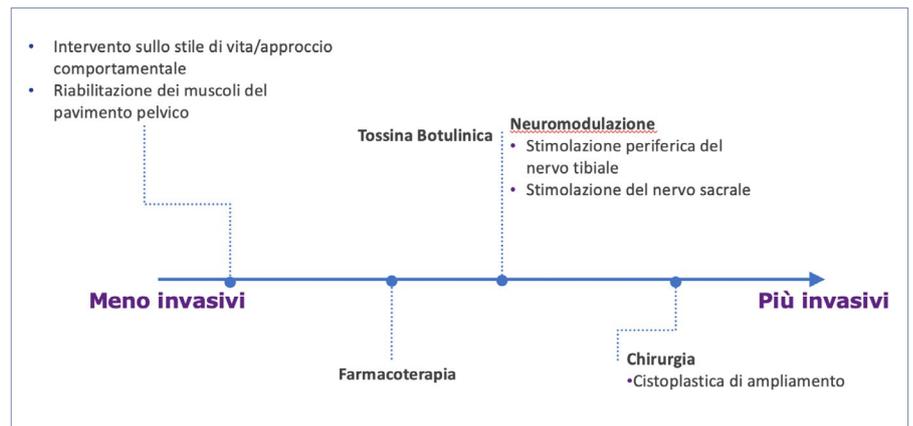


Figura 1.

Opzioni di trattamento della incontinenza urinaria da urgenza.

ne dopo i 65 anni. Solo una piccola percentuale di queste si sottopone alle indagini diagnostiche e alle cure a causa di vergogna e imbarazzo. Numerose sono le sfaccettature che ne determinano l'influenza sulla persona: la severità della condizione, gli effetti sull'igiene, gli effetti sulla vita sociale, sulla QoL.

L'IU è una condizione spesso nascosta e sottostimata ma è necessario

ricordare che è un problema che può essere affrontato e risolto. Sol tanto una minoranza di donne, circa una su tre, vincendo imbarazzo e vergogna, si rivolge allo specialista urologo e in questo contesto vincere l'imbarazzo può significare vincere la malattia e migliorare la propria qualità di vita.

vlimarzi@hotmail.com

Conflitto di interessi

L'autore dichiara di non avere alcun conflitto di interessi rispetto agli argomenti trattati nell'articolo.

L'Educazione Continua in Medicina dei Medici 118 della ex ASL 4 di Prato

di Paolo Michele Olia¹, Rocco Giuseppe Caprino²

¹ Medico Dirigente presso la SODS Emergenza Sanitaria Territoriale, Prato, Azienda USL Toscana Centro; Animatore di Formazione dei medici 118; ² Responsabile della SODS Emergenza Sanitaria Territoriale, Prato, Azienda USL Toscana Centro

Gli Autori riassumono l'attività formativa dei medici del 118 della ASL 4 di Prato prima del suo assorbimento nella ASL Centro della Toscana. L'attività formativa, condotta ininterrottamente dal 2002 al 2015 ha, secondo gli Autori, fornito ai medici EST del 118 di Prato una ampia rassegna di argomenti formativi in linea con le esigenze dell'Emergenza Sanitaria Territoriale.

Parole chiave: 118, formazione, maxiemergenza, medico EST, Corso Harvard

Fin dalla istituzione degli Animatori di Formazione Regionali per il 118, la ASL 4 di Prato ha condotto ininterrottamente dal 2002 al 2015 l'Educazione Continua in Medicina (ECM) dei medici dell'Emergenza Sanitaria territoriale (medici EST).

Con la legge regionale n. 84 del 2015 la ASL 4 di Prato veniva assorbita nella ASL Centro della Toscana.

Con il presente lavoro gli Autori intendono riepilogare l'attività formativa a suo tempo svolta dai medici 118 della ASL 4 Pratese.

I piani di formazione aziendali dei medici EST di Prato erano predisposti dall'Animatore di Formazione (AdF), in collaborazione con i Direttori del DEA e della Centrale Operativa 118, e sentiti i medici del Servizio sui propri bisogni formativi. Il piano formativo era poi presentato all'Azienda, che lo approvava inserendolo nel proprio programma di formazione. Successivamente veniva accreditato in Regione Toscana per ottenere i crediti ECM.

I corsi aziendali, della durata in genere di 4 ore, erano ripetuti 2-3 volte per permettere al maggior numero possibile di medici 118 di partecipa-

re. Facevano eccezione incontri di 2 ore con il Responsabile, da noi definiti incontri "Spot", effettuati una sola volta e assimilabili agli odierni audit ed M&M. I corsi terminavano con il test di apprendimento e gradimento per conseguire i crediti ECM.

Nella Figura 1 è riportata la distribuzione percentuale per gruppi omogenei degli argomenti trattati.

Gli eventi formativi cardiologici, il 10,3% del totale, riguardavano la lettura dell'elettrocardiogramma in modalità ACLS, l'ischemia miocardica e gli slivellamenti del tratto ST compreso lo STEMI, l'infarto del miocardio e il relativo percorso assistenziale dal territorio all'UTIC. Sono stati inoltre trattati la trombolisi sul territorio e gli accessi venosi centrali e periferici.

In campo respiratorio (10,3% degli eventi) sono stati affrontati l'insufficienza respiratoria acuta e la gestione delle vie aeree sul territorio, la gestione del ventilatore meccanico da trasporto nei trasferimenti con ambulanza a lunga percorrenza, la CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*), la NIV (ventilazione non invasiva), la fisiopatologia della ventilazione

delle vie aeree a pressione positiva, la gestione dei device alternativi alla IOT (intubazione oro-tracheale) e le linee guida sull'ossigeno-terapia.

Gli eventi formativi di neurologia (16,5%) riguardavano l'esame obiettivo neurologico, le crisi epilettiche e loro trattamento sul territorio, la trombolisi dell'ictus ischemico e il percorso stroke sul territorio. Ostetricia e pediatria hanno riguardato il 12,4% degli argomenti trattati, con due corsi di ostetricia in cui era possibile l'accesso alla sala parto.

Per la pediatria in emergenza urgenza sono stati trattati l'uso dei farmaci in pediatria, la valutazione dell'approccio al bambino e la semeiotica pediatrica, le principali patologie pediatriche, oltre a elementi di neonatologia.

Un altro argomento ha riguardato l'emergenza urgenza geriatrica e il relativo uso di farmaci. Un corso è stato dedicato al trattamento dei pazienti dializzati sul territorio.

È stato condotto un corso di perfezionamento sulle suture, utile per l'attività di Pronto Soccorso e nei PPS (Punti di Primo Soccorso). Relativamente ai PPS allora in rete in-

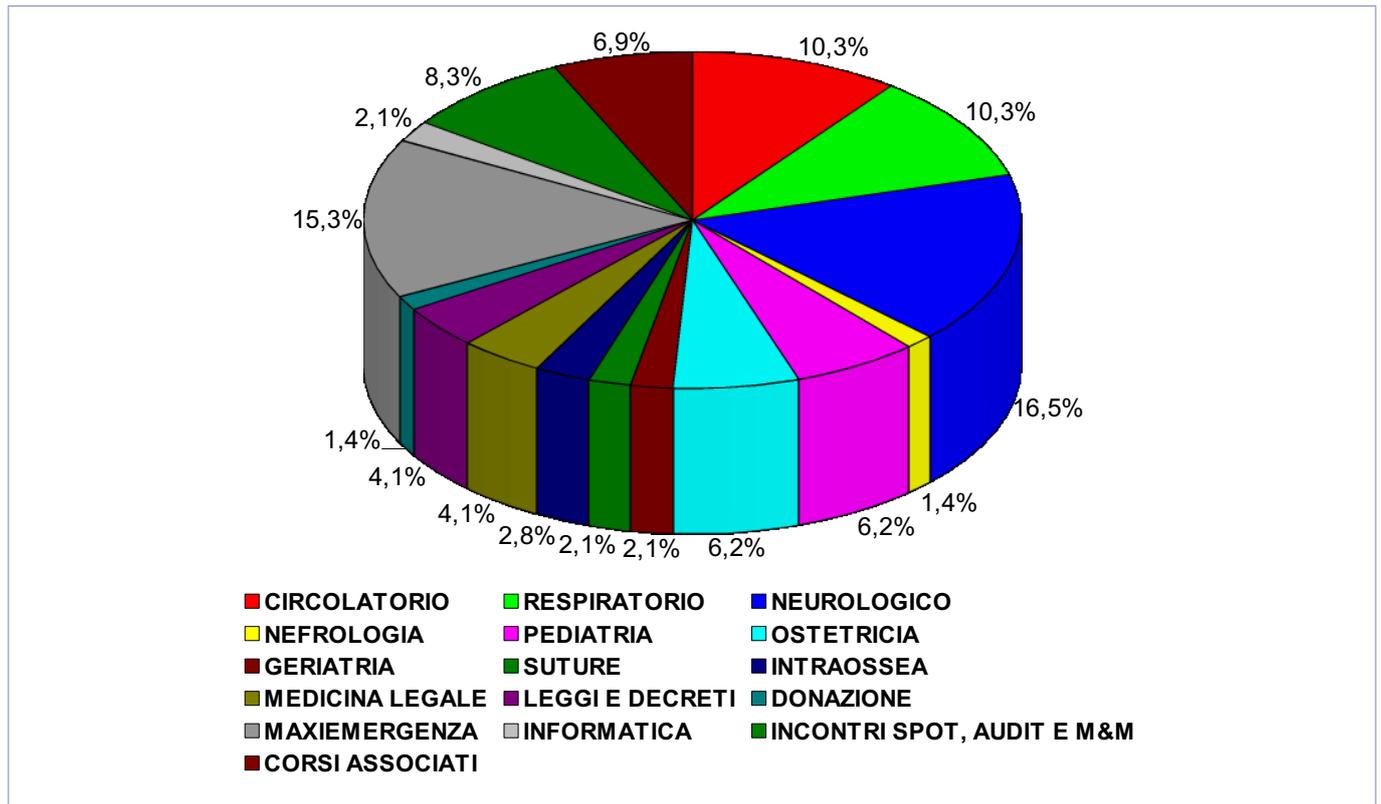


Figura 1. Distribuzione percentuale per gruppi omogenei negli argomenti trattati.

formatica con il Pronto Soccorso, è stato condotto un corso per l'utilizzo del relativo software e, per una più efficace partecipazione dei medici EST all'attività della Centrale Operativa, sono stati condotti due corsi sul relativo software.

All'utilizzo dell'accesso intraosseo sono stati dedicati due eventi. Anche il tema della donazione d'organi è stato oggetto di trattazione specifica. Oltre a un corso sugli aspetti giuridici dell'attività di medico EST organizzato in collaborazione con i 118 della Toscana, gli aspetti giuridici del Servizio 118 sono stati oggetto di uno specifico corso aziendale; a questo si sono aggiunti lo studio del decreto 3145/14 della Regione Toscana e quelli sulla tenuta dei registri degli oppiacei e dei farmaci termolabili. Altri corsi condotti in collaborazione, da noi definiti corsi associati, sono quelli sull'ecografia e sul trattamento del dolore, condotti in collaborazione con i colleghi del Pronto Soccorso di Prato.

La maxiemergenza ha riguardato il 15,3% degli argomenti trattati, con due corsi teorico-pratici di autoprotezione, di 1° e 2° livello, su base volontaria, del personale 118 medico e infermieristico. Nel corso di 1° livello è stato trattato l'avvicinamento in sicurezza agli incendi e agli automezzi incidentati, l'uso di estintori e alla discesa assistita con corde e verricelli dal castello di esercitazione dei Vigili del fuoco.

Nel corso di 2° livello, sono state condotte lezioni sul soccorso in acqua, con indicazioni di comportamento in fiumi e laghi, ed esercitazioni pratiche in piscina. Sono stati condotti incontri sul rischio NBCR (nucleare biologico chimico radiologico) e quelli tra operatori del 115 e 118. Infine, è stato condotto un corso sul Piano Sanitario per la gestione della maxiemergenza esterna.

Sono stati condotti audit sull'accreditamento del DEA (Dipartimento di Emergenza e Accettazione), il trasferimento dei pazienti dal vecchio al

nuovo ospedale di Prato, l'assistenza ai mondiali di ciclismo che avevano una loro tappa nella città di Prato.

Un audit riguardava la criticità dei trasporti pediatrici assistiti, uno l'avvelenamento da CO e uno l'approccio e la gestione del paziente psichiatrico.

Due M&M riguardavano l'insufficienza respiratoria in pazienti tracheostomizzati sul territorio e la ventilazione del paziente nell'emergenza territoriale.

Complessivamente negli anni sono state dispensate 6.046 ore di formazione, di cui 4.948 riguardavano la presenza dei discenti, e 549 rispettivamente i docenti e l'AdF.

Con il tempo sono cambiati i metodi di valutazione del gradimento dei corsi, che tuttavia confermano i precedenti dati; se in precedenza gli eventi sono stati valutati dai partecipanti per il $97,7 \pm 2,2\%$ interessanti, per il $96,5 \pm 2,6\%$ proficui dal punto di vista teorico e per il $96,6 \pm 2,7\%$ proficui dal punto di vista pratico,

con i nuovi criteri di valutazione il 99,53% ha dato un giudizio positivo agli eventi effettuati.

In un nostro precedente studio evidenziavamo come il medico EST dell'area Pratese, benché formato all'Emergenza Urgenza, conduce in realtà un'intensa attività clinica. Delegati i corsi BLS (*Basic Life Support*), PBLIS (*Paediatric Basic Life Support*) e ACLS (*Advanced Cardiovascular Life Support*), a chi tradizionalmente li gestisce, la nostra attività formativa, oltre che alla maxiemergenza, si è dedicata a rivedere, sotto la lente dell'Emergenza Urgenza, impor-

tati capitoli della clinica con, dove possibile, i colleghi specialisti delle materie studiate come docenti. Gli specialisti erano individuati tra le risorse interne del Servizio 118 e della ASL.

Dal 2004 al 2006 tutti i medici 118 di Prato hanno partecipato al Corso di Certificazione Regionale in Emergenza, più noto come Corso Harvard. Tale corso prevedeva anche la partecipazione dei medici al Corso ATLS (*Advanced Trauma Life Support*). La partecipazione a tale corso completava la formazione dei medici EST sulla gestione del trauma.

In conclusione, riteniamo che in questi anni di formazione siano stati forniti ai medici EST del 118 di Prato un'ampia rassegna di argomenti formativi in linea con le esigenze dell'Emergenza Sanitaria Territoriale.

Si ringrazia il personale della UF Formazione per la cortese collaborazione.

† In ricordo del dott. Alessandro Querci, Direttore del 118 di Prato, convinto assertore dell'importanza della Formazione

paolomicheleolia.md@libero.it

Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi rispetto agli argomenti trattati nell'articolo.

Steatosi epatica nel bambino

di Mariangela Stinco¹, Elisa Bartolini¹, Chiara Rubino¹, Giuseppe Indolfi^{1,2}, Massimo Resti¹

¹ Epatologia Pediatrica, Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer; ² Dipartimento Neurofarba, Università degli Studi di Firenze

La steatosi, causa più frequente di epatopatia cronica in età pediatrica, nel 90% dei casi è dovuta a uno stile di vita non corretto; nel 10% dei casi è, invece, secondaria a malattie che richiedono una tempestiva diagnosi e trattamento specifico. Questo articolo descrive epidemiologia, clinica, iter diagnostico e terapeutico della steatosi epatica nel bambino.

Parole chiave: steatosi, bambino, sedentarietà, elastometria, epatologia

Steatosi epatica nel bambino

La steatosi epatica è una patologia frequente nel bambino e nell'adulto ed è la più comune causa di epatopatia cronica in età pediatrica. Il percorso diagnostico-terapeutico del bambino con steatosi deve essere attento e multidisciplinare. Presso la Struttura Operativa di Epatologia Pediatrica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer, l'epatologo pediatra, naturale primo riferimento per la patologia, dopo la valutazione anamnestica e clinica si avvale di indagini di laboratorio e strumentali per la diagnosi differenziale delle steatosi e utili per l'inquadramento della patologia nel contesto della possibile sindrome metabolica. A tal fine, la valutazione epatologica si integra con quella di altri specialisti tra cui endocrinologo, diabetologo, dietista e psicologa. Recentemente, il percorso diagnostico si è arricchito e integrato con lo studio elastometrico del fegato tramite un'apparecchiatura diagnostica a ultrasuoni che consente di valutare senza rischi, con un esame indolore e non invasivo, il grado di fibrosi del fegato (elastografia epatica) e quantitativamente la steatosi con alta efficacia diagnostica.

Che cos'è la steatosi epatica?

La steatosi epatica è una condizione a genesi plurifattoriale nella quale c'è accumulo di grasso nel fegato che interessa almeno il 5% degli epatociti. Nell'ambito della steatosi epatica si identificano uno spettro di quadri istologici che includono steatosi semplice e steatoepatite. In quest'ultima condizione, oltre all'accumulo di grasso, è presente anche infiammazione del parenchima epatico con aumentato rischio di evoluzione nel tempo verso fibrosi e cirrosi. La steatosi epatica, quindi, non è una condizione benigna, potendo evolvere verso quadri di maggior gravità.

Il termine steatosi epatica non alcolica (*non-alcoholic fatty liver disease*, NAFLD) è stato storicamente utilizzato per identificare lo spettro delle malattie epatiche associate al fegato grasso. Recentemente è stata proposta una nuova definizione del "fegato grasso", riconoscendo, all'interno di questo ampio spettro di malattia, tre diversi sottotipi: (1) steatosi secondaria a una causa sistemica identificabile; (2) steatosi associata a una disfunzione metabolica, *metabolic (dysfunction)-associated fatty liver disease*, MAFLD; (3) steatosi

senza un chiaro identificato difetto sottostante.

Quali sono i fattori di rischio per la MAFLD?

Il principale fattore di rischio per lo sviluppo di steatosi epatica associata a una disfunzione metabolica è l'obesità, condizione patologica correlata allo stile di vita sedentario caratterizzato da molte ore trascorse davanti agli schermi di *tablet*, cellulare o televisore e dagli apporti alimentari eccessivi rispetto ai fabbisogni energetici. La MAFLD è tipica dei bambini che assumono molti grassi e carboidrati semplici e abusano di bevande gassate e zuccherate (ricche di fruttosio), cibi elaborati e preconfezionati. Le abitudini alimentari e più in generale lo stile di vita, legato indissolubilmente a obesità, insulino-resistenza, dislipidemia e steatosi epatica nel complesso quadro clinico della sindrome metabolica.

Come si fa la diagnosi?

La MAFLD è spesso asintomatica e la diagnosi è frequentemente successiva al riscontro accidentale di ipertransaminasemia o dei reperti suggestivi all'ecografia dell'addome; fino al 50% dei casi la MAFLD

può altrimenti manifestarsi con epatomegalia isolata. In considerazione del suo potenziale evolutivo, la steatosi epatica andrebbe ricercata attivamente nei bambini e negli adolescenti con fattori di rischio documentati (indice di massa corporea $\geq 85^\circ$ percentile e circonferenza vita $\geq 95^\circ$ percentile per età e sesso) o con segni clinici suggestivi di insulino-resistenza come l'*acantosis nigricans*.

All'esame ecografico il fegato apparirà iperecogeno e a volte ingrossato. I limiti dell'ecografia risiedono nella bassa sensibilità quando il contenuto epatico di grasso è inferiore al 30%. La risonanza magnetica è più sensibile dell'ecografia, poiché permette una migliore stima del deposito di trigliceridi all'interno degli epatociti. A seguito del riscontro all'*imaging* della steatosi, devono essere eseguiti esami ematici di routine, comprensivi degli indici di citolisi e funzione epatica, ed esami eziologici per le steatosi secondarie ad altre patologie, tra cui malattia di Wilson, deficit di alfa1-antitripsina, celiachia, epatiti autoimmuni, deficit di apolipoproteine, patologie della tiroide (ipotiroidismo, tiroidite autoimmune), epatiti virali croniche (B e C), malattie del metabolismo (Tab. 1). L'anamnesi ci aiuta a escludere cause iatrogene e l'eventuale consumo di bevande alcoliche nel paziente

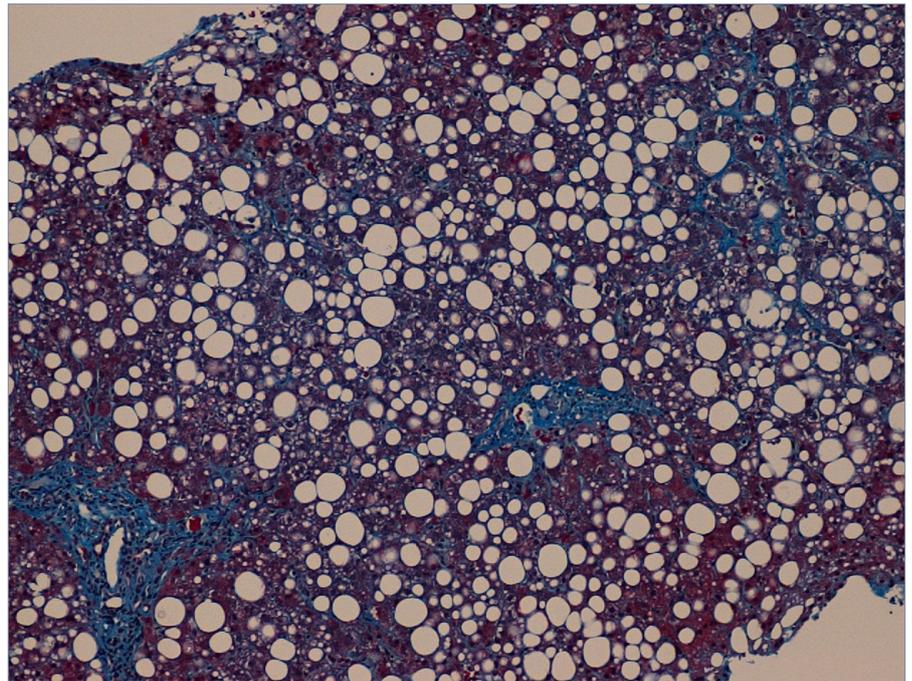


Figura 1.

Steatosi macrovescicolare con fibrosi portale e iniziali setti porto-portali in un bambino obeso di 8 anni.

adolescente. Il percorso diagnostico si conclude in alcuni bambini con l'esecuzione dell'agobiopsia epatica, esame invasivo utile per differenziare la steatosi epatica semplice dalla steatoepatite, quest'ultima caratterizzata dalla presenza di un infiltrato infiammatorio con o senza fibrosi (Fig. 1). L'agobiopsia epatica è indicata nei bambini con età inferiore a 10 anni, storia familiare di steatosi grave, epatosplenomegalia, marcata

e persistente ipertransaminasemia, grave insulino-resistenza o presenza di autoanticorpi.

Il ricorso all'elastografia epatica è ormai consolidato nell'adulto ma emergente nella pratica pediatrica. L'elastografia è una tecnica rapida, facilmente riproducibile e non invasiva. Utilizza una sonda a ultrasuoni montata su un sistema vibrante. La sonda viene applicata sulla cute a livello del costato destro in corrispon-

Esami di routine	Creatinina, azotemia, velocità di eritrosedimentazione, emocromo, IgG, IgA, IgM, LDH, CK, amilasi
Profilo epatico	AST, ALT, gamma-GT, bilirubina totale e diretta, fosfatasi alcalina, acidi colici, INR, PT, aPTT, fibrinogeno, albumina, proteine totali
Profilo glucidico	Glicemia, insulina basale, HOMA-IR come marcatore di insulino-resistenza; emoglobina glicata e curva di tolleranza glucidica orale in casi selezionati
Profilo lipidico	Colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, apolipoproteine
Esclusione di altre epatopatie o cause di steatosi epatica	Anticorpi ANA, anti-ML, anti-LKM, IgG HBs Ag, HBs Ab, HCV Ab Ceruloplasmina Alfa1-antitripsina Anticorpi anti-transglutaminasi IgA, IgA totali fT4, TSH ammonio, lattato, acido urico, ferritina, acilcarnitine, aminoacidi plasmatici e urinari, acido urico

Tabella 1.

Esami di laboratorio da richiedere nei bambini con sospetta steatosi epatica.

denza del fegato e rilascia un impulso vibrante. L'impulso determina la propagazione di un'onda elastica attraverso il fegato la cui velocità è correlata alla sua rigidità (a sua volta dipendente dalla quantità di fibrosi) e influenzata e proporzionale anche all'entità della steatosi. I moderni strumenti diagnostici per l'elastografia consentono la valutazione simultanea quantitativa sia della fibrosi che, con una buona sensibilità e specificità, della steatosi epatica (dallo stadio S0 di steatosi assente, allo stadio S3 di steatosi grave).

Come trattare il paziente? Quando inviare dallo specialista?

Nonostante i molti tentativi terapeutici effettuati in *trials* clinici anche

randomizzati e controllati (antiossidanti, agenti citoprotettivi, acidi grassi poli-insaturi, probiotici) allo stato attuale, nessuno dei farmaci disponibili può essere considerato efficace. Talora, nelle forme associate a insulino-resistenza e sindrome metabolica è necessario l'utilizzo di metformina e insulina. La MAFLD richiede una terapia comportamentale per correggere le abitudini alimentari scorrette e in parallelo, implementare l'attività fisica del bambino. In considerazione del ruolo cruciale dell'iperinsulinismo/insulino-resistenza nella patogenesi della steatosi epatica associata a una disfunzione metabolica, si ritiene che una dieta a basso indice glicemico riduca l'iperinsulinemia molto più di una dieta solo ipocalorica.

La valutazione specialistica epatologica è necessaria nelle steatosi epatiche di grado moderato-grave, soprattutto se associate a epatomegalia e a ipetransaminasemia. Compito dell'epatologo pediatrico sarà, infatti, escludere l'esistenza di patologie epatiche associate o identificare, tramite le metodiche invasive e non, steatoepatiti potenzialmente associate a fibrosi. Il *follow-up* prevede il consueto monitoraggio dei parametri auxologici, la rilevazione della pressione arteriosa in occasione dei controlli di crescita e l'esecuzione di ecografia addome a cadenza annuale, per documentare l'eventuale risoluzione o evoluzione della steatosi epatica.

mariangela.stinco@unifi.it

Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi rispetto agli argomenti trattati nell'articolo.

BPCO Nota 99

Hai voluto la spirometria? Ora soffia, soffia, soffia ...

Conversazione tra medici di famiglia e pneumologo sulla Nota 99

a cura di Saffi Ettore Giustini¹, Luigi Santoiemma², Lora Accettura², Giorgio Castellana³, Paola Maria Mandelli⁴, Umberto Alecci⁵

¹ Medico di Medicina Generale, Montale (PT); ² Medico di Medicina Generale, Modugno (BA); ³ Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio, IRCCS-ICS Maugeri Bari; ⁴ Specialista in Allergologia e Immunologia Clinica, Montale (PT); ⁵ Medico di Medicina Generale, Messina

Il cast

- MMG junior.
- MMG senior.
- Pneumologo.

L'antefatto

MMG junior: "Ci risiamo! Ecco la novità di fine estate dell'AIFA: l'ennesima nota, la n. 99".

MMG senior: "Gli spazi dedicati all'inserimento del numero della

nota sulla ricetta rossa sono tre e pensa che siamo arrivati ad occuparne solo due! Finché arriviamo alla Nota n. 999..."

Comunque, dai, non ci perdiamo d'animo! Io ho già cercato di sintetizzare i punti principali in una tabella. Guarda un po' qui" (Tabella 1).

MMG junior: "In sintesi, quindi, dovremmo metterci subito a fare spirometrie a tutti i pazienti BPCO già in

trattamento, che non l'abbiano fatta già nell'ultimo anno.

Questo già pone diversi punti di riflessione.

Innanzitutto dobbiamo tenere presente che sorgono problemi organizzativi: in epoca COVID, sebbene non siamo in una fase di picco, bisogna seguire procedure per garantire la massima sicurezza, dato che la spirometria produce aerosol. Dovremmo procurarci, quindi, filtri an-

NOTA 99: COSA FARE E QUANDO	
Paziente di nuova diagnosi	Spirometria alla fine della fase acuta Se FEV1 < 50%: invio allo specialista entro 6 mesi
Paziente già in trattamento	Se spirometria < 12 mesi e FEV1 > 50%: prosecuzione della terapia in atto
	Se spirometria < 12 mesi e FEV1 < 50%: invio allo specialista
	Se spirometria > 12 mesi o mai fatta: esecuzione spirometria Se FEV1 < 50% o risposta clinica non ottimale: invio specialista entro 12 mesi
Paziente temporaneamente non in grado di eseguire spirometria¹	Esegue spirometria non appena possibile
Paziente permanentemente non in grado di eseguire spirometria²	Considerare valutazione specialistica
Spirometria di primo livello	Specialista o MMG
Rivalutazione spirometrica	Mediamente ogni 2 anni
Piano terapeutico	Per prescrizione triplice terapia (LABA + LAMA + ICS in unico dosatore). Durata 12 mesi

¹ Controindicazioni temporanee alla spirometria: emottisi recente, pneumotorace, embolia polmonare, aneurisma cerebrale/toracico/addominale, interventi chirurgici recenti torace/addome, intervento di chirurgia oculare nelle 2 settimane precedenti, IMA (entro 3 mesi) recente o angina instabile, nausea in corso, dolore toracico o addominale o facciale o orale; ² Controindicazioni permanenti alla spirometria: disabilità grave e decadimento cognitivo.

Tabella 1.

timicrobici, dedicare una stanza solo all'esecuzione del test, garantire una costante sanificazione degli ambienti e degli strumenti. Tra l'altro, secondo le linee guida dell'ERS (*European Respiratory Society*), riprese dalle principali società scientifiche pneumologiche italiane come AIPO e SIP, ogni paziente, prima di fare la spirometria, dovrebbe eseguire un tampone nasofaringeo, massimo entro 48 ore prima.

Considerando poi che molte visite sono state rinviate e che i piani terapeutici sono stati tutti prorogati nell'ultimo anno e mezzo per via del COVID, avremo un bel po' da fare ..."

MMG senior: "Che ne dici di provare a chiedere al nostro pneumologo di riferimento cosa ne pensa? Magari gli scriviamo...".

MMG senior: "Ciao Giorgio, discutevamo in studio sulla nuova Nota 99 e ci chiedevamo cosa ne pensassero gli pneumologi. Commenti a caldo?".

Pneumologo: "Non vi azzardate a mandarmi i pazienti! Voi avete lo spirometro! Usatelo!!!".

MMG junior: "No, dai, seriamente! Ci sarà pure qualcosa di buono in questa Nota, no? Poi tu sei sempre ottimista!".

Pneumologo: "Sicuramente la Nota ribadisce l'importanza della spirometria nella diagnosi e nel follow-up della BPCO e in più definisce dei tempi precisi entro cui doverla eseguire o richiedere.

Come più volte abbiamo sentito nei congressi e letto nelle linee guida, la

diagnosi di BPCO viene formulata in pazienti con sintomi respiratori cronici e/o fattori di rischio *SOLO DOPO* il riscontro alla spirometria post broncodilatazione (BD) di un deficit ventilatorio non reversibile, ovvero di un rapporto FEV1/FVC post BD < 0,70".

MMG senior: "Certo. La Nota, inoltre, ci aiuta a ricordare che dopo la spirometria, per scegliere la terapia più adatta al paziente, dobbiamo definire la gravità della BPCO, interrogando il paziente sui sintomi, tramite i questionari mMRC e CAT, e sulle riacutizzazioni o ospedalizzazioni".

Pneumologo: "Ovviamente è importante ricordare che la spirometria con broncoreversibilità non andrà ripetuta nel follow-up, fatta eccezione per i pazienti per i quali non si possiede una diagnosi certa o si mette in discussione la diagnosi".

MMG senior: "Per la tua esperienza ti sei trovato spesso a non confermare una diagnosi di BPCO?".

Pneumologo: "Mi è capitato, non spesso per fortuna. Considerate però che, secondo i dati riportati nell'ultimo report OSMED 2020, la richiesta di spirometrie nei pazienti BPCO nell'ultimo anno è stata molto bassa. Vi mando la tabella a cui mi riferisco così potete rendervi conto voi stessi" (Tabella 2).

MMG junior: "E quindi possiamo già capire qual è una criticità di questa Nota".

Pneumologo: "Esattamente, ci saranno molte spirometrie da fare tra

nuove diagnosi e controlli di pazienti BPCO. Il COVID ha contribuito sicuramente a posticipare molte diagnosi".

MMG senior: "See... Darete i numeri, oppure vi stringerete come i cavalletteri del generale Custer a *Little Big Horn*, circondati dagli indiani, alias i pazienti infuriati di ricevere la prenotazione per la spirometria a due anni, se andrà bene!

Prima che li diate voi, ci dai tu un po' di numeri? Come si svolge l'attività in un ambulatorio di Pneumologia? In altre parole, parliamo di sostenibilità della Nota 99...".

Pneumologo: "Sappiamo che la prevalenza di BPCO, sempre secondo il rapporto OSMED, è intorno al 3%. Considerando che la popolazione della mia Provincia, Bari, è di circa 1,2 milioni, ci saranno più o meno 36 mila BPCO, senza considerare tutti i pazienti che fanno impropriamente terapia inalatoria.

In un ambulatorio di Pneumologia possono essere eseguite in media circa 6 spirometrie con reversibilità, considerando anche i tempi di sanificazione e la necessaria presenza di un infermiere o tecnico dedicato all'esecuzione della spirometria. Senza queste figure, naturalmente, i tempi si allungano, così come nel caso in cui siano necessarie indagini di secondo livello (spirometria globale, DLCO ecc). Gli ambulatori di Pneumologia nella mia Provincia, includendo distretti e ospedali, sono circa 20. Facendo una stima, saranno necessari 14 mesi per controllare tutti i pazienti BPCO, se si dedica tutta l'attività ambulatoriale esclusivamente a questo scopo. Ovviamente sappiamo che non è possibile, data la necessità di garan-

	Distribuzione percentuale (%)					
	Asma	In trattamento	Senza trattamento	BPCO	In trattamento	Senza trattamento
Spirometria						
Si	3,9	9,9	1,0	9,6	15,8	1,0
No	96,1	90,1	99,0	90,4	84,2	96,2

Tabella 2.

tire l'assistenza anche ai pazienti con altre patologie e sappiamo che la situazione in altre Province potrebbe essere diversa per una minore presenza di ambulatori pneumologici sul territorio”.

MMG junior: “Ed è per questo che siamo stati ‘arruolati’ anche noi ...”.

MMG senior: “Certo, un medico di famiglia massimalista avrà circa 50 pazienti che fanno uso di terapia inalatoria per BPCO da sottoporre a spirometria. Facendone anche una a settimana, riusciremmo a controllare tutti in meno di un anno.

Ma quanti di noi hanno lo spirometro e lo sanno usare? Quanti di noi hanno gli spazi e il personale dedicato? Dovremo inevitabilmente inviare dallo specialista, ci dispiace, Giorgio ...”.

MMG junior: “Forse sarà sfuggito qualcosa a chi ha scritto la Nota ...”.

Pneumologo: “Sicuramente è sfuggito anche che non tutte le pneumologie dispongono della strumentazione per le indagini di secondo livello e questo allungherà ancora di più le liste di attesa per i casi più complessi”.

MMG junior: “Quanto siamo diventati brontoloni, però”.

Pneumologo: “Ma no, bisogna solo razionalizzare le risorse e chiedere alle Regioni di investire sul potenziamento del territorio, in termini di personale e strumentazione! Un gioco da ragazzi, insomma ...”.

MMG junior: “E in che modo si può fare?”.

Pneumologo: “Bisogna innanzitutto avere un’idea chiara del personale e della strumentazione a disposizione, in modo tale da impiegarli nel migliore dei modi.

In termini di organizzazione inoltre, ad esempio, si potrebbero indirizzare i pazienti ‘semplici’ presso gli ambulatori di Pneumologia territoriale

per eseguire spirometria semplice e test di broncoreversibilità, mentre i pazienti più complessi, per i quali spesso sono necessarie indagini di secondo livello e che possono avere anche necessità di ricovero, presso gli ambulatori ospedalieri opportunamente indentificati. Bisognerebbe avere un aggiornamento periodico dei tempi di attesa per la spirometria presso i vari ambulatori, così da distribuire equamente il carico lavorativo e permettere al MMG di indirizzare al meglio il paziente.

Sicuramente bisogna, al tempo stesso, investire nella formazione dei MMG su diagnosi e terapia della BPCO e bisogna dotarli di uno spirometro: solo così potranno essere determinanti ed eseguire quanto indicato nella Nota.

Non dobbiamo dimenticare che una diagnosi corretta avrà anche ripercussioni positive sull’aderenza terapeutica”.

MMG junior: “Io a questo proposito ho qui da parte sulla mia scrivania una tabella sulle possibilità terapeutiche della BPCO (Figura 1).

La Nota 99 ha anche il merito di aver eliminato il piano terapeutico per la doppia broncodilatazione, avvicinando così questa possibilità terapeutica al paziente”.

Pneumologo: “Sì! Il piano terapeutico è rimasto solo per la prescrizione delle triplici fisse. Indipendentemente dalla terapia scelta, non bisogna mai dimenticare di eseguire l’educazione alla terapia inalatoria in occasione della prima prescrizione e la sua verifica nei controlli successivi”.

MMG senior: “In che modo si può fare? Si fa non procedendo col solito vecchio sistema, ovvero prima fare le norme e poi creare le (infra)strutture necessarie per applicare le norme stesse, che o cadono nel dimenticatoio (tanto non si può applicarle..) oppure diventano un perfido strumento vessatorio per togliere quel poco di tranquillità che resta ai soliti MMG, specialisti assoluti nello sport di farsi spegnere l’ultimo inevitabile cerino tra le dita.

In conclusione: noi non riusciremo (in tempi medio-brevi) a dotarci di stru-

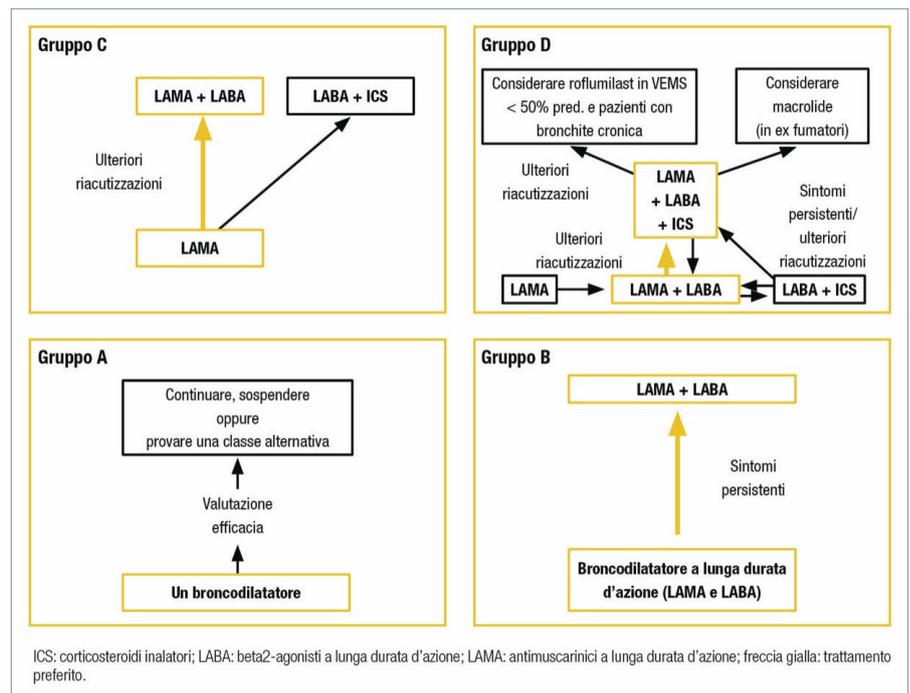


Figura 1. Le opzioni di cura per la BPCO.

menti, organizzazione e conoscenze necessari per una implementazione di routine della spirometria; gli pneumologi faranno quello che possono ma non basterà; i MMG avranno remore a prescrivere i farmaci necessari senza la spirometria e i pazienti si complicheranno ...
E basta così, che già mi sto deprimendo.

Scherzi a parte, il riconoscimento di un esame fatto nei nostri studi quale strumento "ufficiale" per accedere a una terapia percepita come specialistica non è cosa da poco e quindi, PERCHÉ, MA PERCHÉ, non ce lo hanno chiesto prima come vedevamo la sostenibilità di questa iniziativa?
Mah.

Forse per confermare la validità di un detto ben noto in un piccolo paese della Provincia barese: *c vuè sapè l cos, addasci du pateut, non du sapeut!*
Per chi è nato a Nord della Linea Sigfrido: *Se vuoi capire come funzionano le cose, devi chiedere a chi ha esperienza, non solo conoscenza.*

drsaffgiustini@gmail.com

Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi rispetto agli argomenti trattati nell'articolo.



È all'Ospedale di Santa Maria Annunziata a Ponte a Niccheri

Biotestamento, aperto il primo ambulatorio a Firenze dove scegliere le cure future

L'Ordine dei Medici: "Importante traguardo etico e deontologico"

Come fare e depositare il testamento biologico? Quali cure future scegliere in caso di malattia?

All'Ospedale di Santa Maria Annunziata a Ponte a Niccheri c'è il primo ambulatorio fiorentino dove i cittadini e i pazienti possono rivolgersi per avere risposte e consigli per esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari: infatti è attivo in via sperimentale il servizio per la raccolta delle disposizioni anticipate di trattamento, formato da un team multiprofessionale e multidisciplinare, composto da uno psicologo clinico esperto in bioetica, un nefrologo esperto in bioetica e problematiche di fine vita, un palliativista e un infermiere, più eventuali altre figure professionali, mediche e nonmediche.

Il servizio, il primo della Azienda USL Toscana Centro, è accolto con plauso dal nostro Ordine.

"Dopo la legge 219 del 2017 (la cosiddetta legge sul biotestamento), la nostra commissione etica si è attivata per sensibilizzare la popolazione a dare le loro disposizioni anticipate di trattamento e a fare i piani condivisi di cura, e questo ambulatorio è il primo frutto di quell'intenso lavoro", commenta Pietro Dattolo, presidente dell'Ordine.

"È un traguardo importante dal punto di vista etico e deontologico".

L'ambulatorio è aperto attualmente una volta al mese, il venerdì mattina, dalle 9 alle 12 (per prenotazioni: pianificazionecurenefrologia.sma@uslcentro.toscana), ma l'idea è di estendere progressivamente l'apertura.

Il primo giorno ci sono stati quattro utenti (gli appuntamenti durano circa un'ora): uno per depositare il testamento biologico, tre per fare piani condivisi di cura.

Da medici e infermieri i cittadini maggiorenni, capaci di intendere e volere, ricevono adeguate informazioni mediche per poter esprimere, attraverso le Dat, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi, le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, dare il consenso o il rifiuto rispetto agli accertamenti diagnostici, a scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari, nominare un fiduciario. Chi è già affetto da una patologia può avvalersi invece della Pianificazione condivisa delle cure, un percorso che permette, insieme al medico e all'infermiere, di riflettere, esprimere e documentare le preferenze e le scelte per le cure future.



L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri organizza il seguente evento ECM

La campagna "Arianova" Danni alla salute da inquinamento atmosferico e cambiamenti climatici

FAD ASINCRONA

20/02/2022 - 31/12/2022

10 CREDITI ECM

Evento on line

[Programma e iscrizioni](#)



Ricordo di Giovanni Orlandini

Giovanni Orlandini ci ha lasciati e, conoscendolo, pensiamo lo abbia fatto con un saluto affettuoso e sorridente. Chi con vario ruolo ha partecipato alla vita fiorentina sa che scompare un protagonista assai significativo della Medicina e della vita della nostra città che ha onorato con la sua opera lasciando un ricordo e un segno.

Giovanni si era laureato a Firenze, dove ha cominciato la carriera accademica. Assistente dell'Istituto di Anatomia Umana Normale dal 1960 al 1969, fu chiamato come Professore Ordinario di Anatomia Umana dall'Università di Sassari, da dove nel 1972 si trasferì a Parma e dal 1974 a Firenze.

Tra i tanti incarichi assunti è stato Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dal 1986 al 2001, e dal 2007 al 2008, nonché, dal 2005 al 2008, Presidente della Società Italiana di Anatomia e Presidente della storica Anatomische Gesellschaft tedesca.

All'impegno nell'attività accademica e scientifica, Giovanni ha saputo unire l'impegno civile per la sua amatissima città mostrandosi sempre fermissimo nel suo tifo viola. È stato consigliere comunale a Firenze dal 1999 al 2004 e Vice-Presidente della IV Commissione Consiliare.

Per trent'anni è stato consigliere dell'Ordine dei Medici di Firenze, ruolo nel quale lo ricordiamo per la sua equanimità che risaltava particolarmente nei procedimenti disciplinari.

Il prof. Orlandini è stato un grande interprete della Medicina nella sua accezione più ampia, biomedica e clinica, nonché protagonista dell'Ateneo e della comunità professionale fiorentina.

Questo nostro ricordo vuol essere un saluto e un omaggio a chi ha saputo costruire un pezzo rilevante della Medicina fiorentina, producendo cose, azioni, prospettive e svolgendo un ruolo da protagonista di impegni, idee, progetti. Giovanni era il fulcro di molteplici attività che fanno di una Facoltà un centro di insegnamento e di ricerca di base e applicata, l'interprete riconosciuto di un pensiero comune che consentiva a ognuno di riconoscersi in quei progetti. Infine, Giovanni era dotato di una grande capacità didattica, sempre attento a trasmettere una sapienza che tradiva la sua esperienza clinica e non solo accademica, l'accostamento della morfologia alla funzione.

Uno di noi ha ricevuto nel 2001 dal Preside Giovanni Orlandini il testimone per la guida della Facoltà in qualità di Preside e ha potuto godere della preziosa sua consultazione permanente, una presenza sempre discreta ma pronta a mettersi in gioco.

Nei trent'anni di Presidenza dell'Ordine, che coincidono con la presenza di Giovanni in Consiglio, ricordo ugualmente il suo apporto e l'appoggio nelle tante spinose questioni di questi difficili tempi per la professione.

Giovanni ha mostrato la sua forza morale anche negli ultimi tempi della sua vita, quando ha costantemente affrontato con vigorosa sopportazione il male che lo aveva colpito.

Nelle situazioni difficili Giovanni soleva esortare a "volare alto" e in quella esortazione erano compresi l'incitamento a porsi obiettivi alti e a sollevarsi dalle turbolenze delle relazioni complicate fra persone e istituzioni. "Volare alto" era una garanzia contro questi inconvenienti.

Giovanni ha volato alto, sempre. Per questo lo ricordiamo con emozione e con l'impegno a proseguire il suo insegnamento. In questo ricordo affettuoso e triste siamo vicini alla moglie Sandra, carissima collega che tutti conoscono e apprezzano, e ai figli Simone, Lapo, Tommaso e Beatrice.

Gianfranco Gensini, Antonio Panti

Direttore Responsabile
Pietro Claudio Dattolo

Capo Redattore
Simone Pancani

Segretaria di Redazione
Monica Marongiu

Direzione e Redazione
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 0750612 - telefax 055 481045
m.marongiu@omceofi.it
www.ordine-medici-firenze.it

Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Fondato da
Giovanni Turziani

Editore
Pacini Editore Srl- via Gherardesca 1 - 56121 Pisa
www.pacinimedicina.it

Advertising and New Media Manager
Manuela Mori: Tel. 050 3130217 • mmori@pacinieditore.it

Responsabile Editoriale
Lucia Castelli: Tel. 050 3130224 • lcastelli@pacinieditore.it

Redazione e Impaginazione
Margherita Cianchi: Tel. 050 3130231 • mcianchi@pacinieditore.it

Edizione digitale marzo 2022

L'editore resta a disposizione degli aventi diritto con i quali non è stato possibile comunicare e per le eventuali omissioni.

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", Lei ha diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, di consultare, far modificare o cancellare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro trattamento per l'invio della presente rivista. Tale Suo diritto potrà essere esercitato semplicemente scrivendo a: m.marongiu@omceofi.it



OPEN ACCESS

La rivista è open access e divulgata sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). Il fascicolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>