



attualità

SCUOLA QUADRI

a cura di
Luigi Sodano,
Direttore Nazionale
Scuola Quadri
Sumai;
Clara Imperatore,
Consigliere
Regionale Sumai
Campania

Donne Medico in campo per la tutela della salute tra scienza e accoglienza

L'appuntamento tradizionale della formazione medica campana, anche quest'anno, ha fatto incontrare i professionisti medici campani con alcune delle donne medico che rappresentano al meglio la sanità della regione, non solo nelle varie branche della specialistica ambulatoriale ma anche nella MG, nella Pediatria, nella ospedalità pubblica e nell'odontoiatria

Il 15 maggio 2014 presso l'Auditorium dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Napoli si è tenuta la IV edizione del Convegno "Donna Salute e Società". L'evento multidisciplinare, organizzato dalle donne Sumai in collaborazione con la Sifop e patrocinato dall'Omceo di Napoli, ha avuto anche quest'anno grande successo frutto del vivace dibattito fra relatori e discenti che ha accompagnato i lavori. Gli specialisti ambulatoriali Sumaisti, protagonisti della gestione sul Territorio della salute dei cittadini, si sono riuniti per affrontare il delicato, quanto essenziale, tema dell'Accoglienza e quindi della gestione dello stress del paziente, ma anche dello stesso medico. Si è parlato dunque di Counseling, un processo relazionale e professionale che in ambito sanitario trova numerose applicazioni: nell'accoglienza degli utenti, nell'ascolto attivo dei loro bisogni e nella loro educazione; nel sostegno emoti-

vo agli stessi operatori per la prevenzione del burn-out; nel supporto ai pazienti nel percorso di malattia per favorire la consapevolezza, la compliance ai trattamenti e l'adattamento funzionale.

Nell'atto medico, quindi, la componente tecnica e la componente relazionale sono legate indissolubilmente e la dimensione profonda del rapporto medico-paziente è di primaria importanza.

I lavori si sono aperti con un'introduzione del Responsabile Scientifico del Convegno, Clara Imperatore, Consigliere regionale del Sumai Campania, e il benvenuto di Bruno Zucarelli, Presidente dell'Omceo di Napoli che ha ribadito la necessità della fattiva collaborazione fra Territorio ed Ospedale.

Antonella Guida, Direttore Sanitario della Asl Napoli 1 Centro, considerata per grandezza la più grande di Italia e sicuramente capofila in Campania, ha sottolineato l'importanza

dell'approccio integrato e multidisciplinare del paziente non ospedalizzato ed ha, a tal proposito, annunciato la volontà della Azienda sanitaria napoletana, di voler procedere con l'applicazione dei Pacc (percorsi assistenziali complessi e coordinati) sia per Diabete che per Bpco nonché l'inizio dei lavori per la definizione del Pacc anche per Asma, tutti progetti che devono vedere la partecipazione fondamentale degli specialisti ambulatoriali in servizio nell'Azienda.

Francesco Losurdo, Presidente Nazionale Sifop, nel suo saluto ha voluto confermare la positività del rapporto di continua collaborazione tra il Sumai di Napoli e la Società scientifica da lui presieduta, collaborazione che già da ormai numerosi anni ha consentito l'organizzazione di corsi e convegni Ecm di notevole spessore scientifico, ma anche di notevole attualità negli argomenti scelti, in particolare quelli scelti nelle varie edizioni

del convegno organizzato dalle donne Sumai.

Luigi Sodano, Direttore Nazionale Scuola Quadri Sumai, ha confermato come ormai il Convegno "Donna: salute e società" sia ormai diventato un appuntamento tradizionale della formazione medica campana ed, anche quest'anno, è riuscito a far incontrare i professionisti medici napoletani e campani con alcune delle donne medico che rappresentano al meglio la sanità campana, non solo nelle varie branche della specialistica ambulatoriale ma anche nella Medicina Generale, nella Pediatria, nella ospedalità pubblica, nella odontoiatria. Francesco Buoninconti, Segretario Regionale del Sumai Campania, oltre a portare il saluto anche a nome del Segretario provinciale Sumai di Napoli, Gabriele Peperoni, impegnato a Roma nella trattativa per il nuovo Acn, ha colto l'occasione, nella sua veste di Consigliere del CdA dell'Enpam, per illustrare brevemente le novità previste nel nuovo statuto dell'Ente previdenziale dei medici italiani.

Paola Mattei, Segretario Nazionale Sifop e Presidente del Convegno, ha ricordato come le donne sono e saranno sempre più una buona fetta del

mondo medico e che la loro innata capacità manageriale consente loro di essere contemporaneamente mogli o compagne, madri, figlie e professioniste, cosa che potrà forse dare una ulteriore chiave di lettura e di risoluzione alle problematiche da affrontare per la corretta gestione del bene supremo che è la salute dei cittadini. La prima sessione moderata da Francesca Tagliatela, ginecologa, e Francesca Cimmino, chirurgo, ha visto le relazioni di Matilde Sansone, ginecologa, Ilaria Marchetiello, pneumologa, e Maddalena Menditto, radiologa, che hanno rispettivamente affrontato problematiche di grande attualità come: Pap test e colposcopia da valutare come alternative o alleate; le indicazioni all'esame polisonnografico nella sempre più diffusa sindrome delle apnee notturne; mammografia ed ecografia mammaria quali strumenti di prevenzione e diagnosi precoce nella patologia oncologica della mammella.

La seconda sessione moderata da Maria Teresa Ielpo, allergologa, e Angela Oliva, oculista, ha visto le relazioni dell'allergologa Clara Imperatore, dell'oculista Lina Ambrosino e dell'odontoiatra Sandra Frojo che hanno affrontato l'importanza del *counseling* nelle branche di propria competenza con le relazioni: anche l'asma migliora se il medico è paziente; l'oftalmopatia basidowiana: come riconoscerla e sulla terapia ortodontica nell'adulto tra orizzonti futuri e limiti.

La terza sessione moderata da Daniela Iasevoli, radiologa, e da Giulia Zinno, ginecologa, ha visto le relazioni dell'otorinolaringoiatra Ines Canello e del Medico del lavoro, Maria Teresa Laieta, che hanno relazionato l'una sulla protesizzazione acustica oggi: quando e come intervenire e l'altra sul ruolo del Medico Competente e il supporto ai colleghi.

La quarta sessione moderata dalla patologa clinica Ilaria Giglio e dalla fisiatra Maria Sollazzo ha visto Paola Mattei, diabetologa, e Chiara Scarpa, neuropsichiatra infantile, con le loro relazioni: il modello di integrazione della patologia diabetica e la gestione dello stress, tirare le fila dei lavori e delle discussioni del Convegno.

Alla fine dei lavori congressuali, e come frutto degli interventi dell'uditorio, è emerso che tra le cause di stress degli operatori sanitari figurano oltre al carico di lavoro sempre più eccessivo, anche la mancanza di supervisione, una comunicazione ancora inadeguata tra gli operatori, un ambiente di lavoro poco accogliente con una scarsa organizzazione del lavoro e, soprattutto, sempre di più la presenza di obiettivi in conflitto (come quelli tra limiti economici dell'assistenza e le esigenze cliniche) e il peso della burocrazia.

E se il disagio professionale legato allo stress lavorativo non è ben gestito a livello personale, può compromettere sia la relazione medico-paziente che la qualità della vita dell'operatore, un medico stressato infatti può essere meno attento alle esigenze del paziente ed essere meno accorto anche rispetto alla propria salute.

La cornice entro la quale avviene la relazione terapeutica coinvolge sia il medico che il paziente, entrambi portano un passato personale nel presente e proiettano aspetti interni l'uno nell'altro.

In definitiva è necessario che il medico possa acquisire la capacità di comunicare in maniera efficace con il paziente, per riuscire a creare un rapporto empatico con chi ha di fronte, riuscire a sostenerlo con le parole adatte che sono ovviamente diverse da persona a persona e porre quindi le basi per una alleanza terapeutica efficace, il tutto in un ambiente di lavoro confortevole ed ospitale ed in un contesto organizzativo sanitario che superi l'ottica ragionieristica dei tagli e dei risparmi pur ammettendo la necessità della giusta attenzione alle spese.





Le nuove regole per la formazione degli specialisti ambulatoriali in Piemonte

Recentemente la Giunta Regionale del Piemonte ha approvato la modifica dell'Art 7 dell'accordo integrativo regionale riguardante la Formazione Continua degli specialisti ambulatoriali. La modifica introduce alcune novità fondamentali per la valorizzazione del ruolo e della funzione degli specialisti nell'ambito del sistema della Ecm regionale

a cura di
Renato Obrizzo,
Segretario Sumai
Assoprof Regione
Piemonte;
Giorgio Visca
Direttore Centro
Studi e Formazione
"Umberto De
Lorenzi" Sumai
Assoprof Regione
Piemonte;
Fernando Muià
Segretario Sumai
Assoprof Torino;
Andrea Sciolla
Segretario Sumai
Assoprof Cuneo

La formazione rappresenta un elemento strategico per il futuro della specialistica ambulatoriale, un elemento tuttavia spesso trattato come marginale e talvolta trascurato in alcune realtà aziendali, nonostante i ripetuti richiami alla sua rilevanza anche all'interno degli accordi nazionali e regionali. Le principali difficoltà finora rilevate in tale ambito nella Regione Piemonte possono essere sintetizzate in alcuni punti critici:

- limitate offerte formative aziendali per gli specialisti ed i professionisti ambulatoriali;
- mancato utilizzo e/o identificazione di un fondo aziendale specifico per la formazione;
- episodico e talvolta aneddotico coinvolgimento nel processo di progettazione e realizzazione degli eventi formativi aziendali degli specialisti e dei professionisti ambulatoriali, frequentemente percepiti a livello di molte Aziende unicamente in un ruolo di "discenti";
- assenza di un governo centrale re-

gionale per la formazione specifica degli specialisti e dei professionisti; e) centralità degli aspetti burocratico-amministrativi a scapito degli aspetti "sostanziali" della formazione professionale.

Sulla base di queste criticità, e con il convincimento della specificità della formazione per la specialistica ambulatoriale, il Sumai-Piemonte si è attivato fin dal 2011 per il superamento di queste problematiche e per il raggiungimento di alcuni obiettivi di cambiamento ed in particolare per:

- l'istituzione di un organismo regionale sovra-aziendale dedicato unicamente alla formazione professionale degli specialisti e dei professionisti ambulatoriali convenzionati interni, in analogia a quanto già previsto per le altre figure professionali convenzionate con il Servizio Sanitario;
- la promozione e valorizzazione della centralità e della professionalità degli specialisti e dei professionisti nelle fasi di progettazione e realizzazione dei percorsi

formativi ad essi dedicati;

- l'incremento dell'offerta formativa specifica per le necessità peculiari degli specialisti del territorio;
- il pieno utilizzo delle specifiche risorse finanziarie previste per gli specialisti.

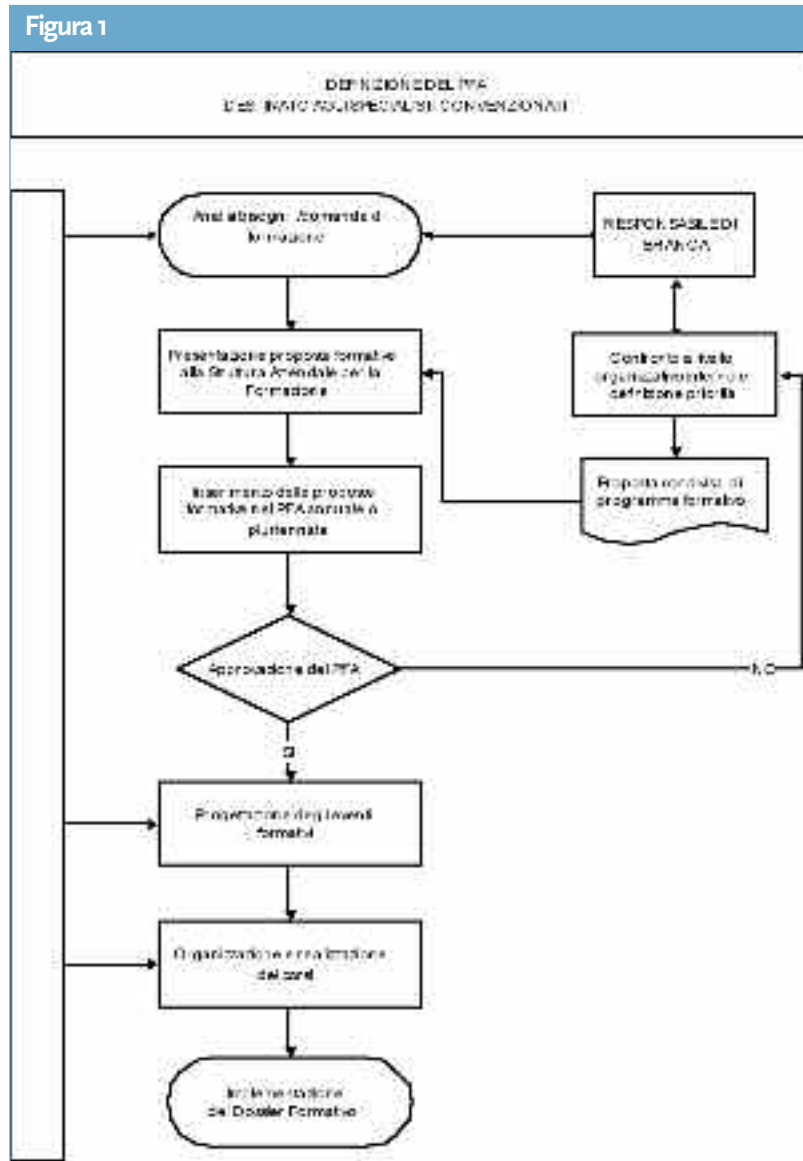
Dopo un lungo lavoro di mediazione e di negoziazione, avviato inizialmente su aspetti tecnici a livello di un tavolo di lavoro istituito nel 2011 presso l'allora Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari e proseguito in sede di Tavolo Negoziale presso l'Assessorato alla Salute della Regione Piemonte, si è giunti alla modifica dell'articolo 7 dell'Accordo Regionale che è stato approvato con Delibera della Giunta Regionale il 21 maggio 2014. Le principali novità introdotte dal nuovo articolo per la formazione e dal relativo allegato, riguardano essenzialmente:

- l'istituzione del Tavolo Regionale Permanente per la formazione degli specialisti ambulatoriali interni che si occuperà di trattare i temi specifici e peculiari della Formazione dei Me-

dici Specialisti e Professionisti Ambulatoriali convenzionati con il Ssr;

- la costituzione e la delibera di un fondo esclusivo per la specialistica ambulatoriale interna, per ogni Azienda, nella misura minima dell'1% dell'ammontare annuo della spesa relativa alla specialistica ambulatoriale interna;
- la possibilità di partecipazione a stage formativi, anche non accreditati Ecm, per l'apprendimento di metodiche diagnostiche e/o terapeutiche considerata come orario di servizio e non rientrante nel budget specifico della formazione Sai;
- l'obbligo di coinvolgimento degli specialisti ambulatoriali interni in tutte le fasi di programmazione e gestione dei percorsi formativi rivolti agli stessi secondo quanto schematizzato nella figura 1;
- la possibilità di svolgere attività di docente/moderatore/relatore/tutor da parte dei Sai sia in coincidenza che fuori orario di servizio con un compenso in tal caso di 60 euro orari;
- la garanzia di partecipazione a iniziative Ecm Aziendali o Regionali con il relativo permesso retribuito, ex Art 33 Acn vigente, fino al raggiungimento di un massimo del 70% del debito formativo annuale, pari a 35 crediti Ecm, proporzionato al numero di incarico;
- la possibilità di partecipazione ad attività formative universitarie che esonerano dall'acquisizione di crediti Ecm, garantita con il relativo permesso retribuito, ex Art 33 Acn vigente, proporzionato al numero di ore di incarico;
- la partecipazione obbligatoria ad eventi formativi organizzati dalle Aziende per gli specialisti ambulatoriali e professionisti convenzionati interni, è considerata a tutti gli effetti come attività svolta in orario di servizio;
- la garanzia per tutti gli specialisti, indipendentemente dal numero di ore di incarico settimanale, di un permesso retribuito massimo di 32 ore per acquisire 15 crediti (30% del debito formativo) attraverso la partecipazione a iniziative formative non

Figura 1



comprese nella programmazione regionale e/o aziendale, purché accreditate Ecm ed inerenti la specialità svolta in Azienda; è prevista la possibilità di utilizzare le ore di permesso retribuito non usufruite anche per iniziative formative non Ecm;

- il riconoscimento dei tempi di percorrenza fino al raggiungimento del debito orario giornaliero derivante dall'orario di incarico.

L'ottenimento del riconoscimento del "tempo" dedicato all'acquisizione dei crediti attraverso corsi Fad. Tale tempo sarà concesso allo specialista durante il suo orario di servizio oppure, preferibilmente, fuori orario di servizio con successivo recupero.

Il nuovo articolo introduce alcune novità fondamentali per la valorizzazione del ruolo e della funzione

degli specialisti nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale.

L'obbligo di coinvolgimento in tutte le fasi di progettazione e realizzazione delle attività formative potrà in particolare promuovere la visibilità ed il riconoscimento all'interno del sistema sanitario delle tante eccellenze professionali presenti nella specialistica ambulatoriale convenzionata interna, anche stimolando gli stessi a mettersi maggiormente in gioco nel campo della formazione, con la garanzia di un riconoscimento formale ed economico dell'attività svolta.

La costituzione di un Tavolo Regionale per la formazione, elemento fortemente richiesto e ritenuto strategico, potrà inoltre permettere di superare molte delle disomogeneità presenti nelle varie realtà aziendali,

Figura 2

attualità
ECM

promuovendo le buone pratiche e stimolando una maggiore offerta formativa.

Fondamentale è inoltre la maggior articolazione del concetto di “formazione” riconosciuta dall’Accordo, come ad esempio il riconoscimento degli stage non Ecm in orario di servizio, la partecipazione a iniziative formative universitarie quali Master o Corsi di perfezionamento con permesso retribuito almeno in parte, e, non ultimo, la possibilità di recuperare le ore utilizzate per la formazione Fad svolta fuori orario di servizio.

Nello specifico si ricorda che il Sumai-Assoprof, grazie all’accordo con la Sims e la SifoP, offre ai propri iscritti la possibilità di acquisire crediti Ecm attraverso la *Rivista Medica Italiana on line* scaricabile dalla piattaforma Fad www.sifopecm.it. Per facilitare la procedura di richiesta di permesso retribuito, la *Rivista* ha predisposto un’apposita “scheda autorizzativa per l’azienda” contenente tutti i dati del corso Fad incluso il tempo ufficiale dell’attività Ecm svolta (Fig 2).

A ciò va aggiunto il riconoscimento dei tempi di percorrenza per le attività formative e la formazione obbligatoria (corsi per la sicurezza, ecc) considerata come in orario di servizio ordinario.

Nonostante tali risultati, frutto di una

lunga e costante mediazione e certamente ancora migliorabili, rappresentino solo una, seppur cospicua, parte delle proposte formulate nel corso delle trattative, riteniamo tuttavia possa-

no essere globalmente rilevanti per lo sviluppo di tutta la specialistica ambulatoriale in Piemonte e possano proporre argomenti di discussione utili anche in altri contesti regionali.



L'Educazione terapeutica in psichiatria

È un'attività didattica che permette di trasmettere ai pazienti informazioni chiare e semplici, per facilitare i percorsi di cura, affrontando diverse patologie, sia acute che croniche, impedendo o ritardando le complicanze, le riacutizzazioni e facilitando la prevenzione delle ricadute

L'educazione terapeutica è una attività didattica che permette di trasmettere ai pazienti informazioni e istruzioni nel modo più chiaro e semplice, per facilitare i percorsi di cura, affrontando diverse patologie, siano esse acute o croniche, impedendo o ritardando le complicanze, le riacutizzazioni e facilitando la prevenzione delle ricadute. Di fondamentale importanza è concordare col paziente gli obiettivi da raggiungere, egli va messo poi nelle condizioni di acquisire competenze specifiche per affrontare le diverse fasi della malattia, migliorando l'autogestione e le capacità adattative (d'Ivernois – Gagnayre, 1995). Nella pratica clinica il medico spesso si limita a porre una diagnosi, a prescrivere i farmaci ritenuti idonei, puntando soprattutto a monitorare, durante il decorso, l'efficacia del trattamento farmacologico sulla sintomatologia mentre fornire informazioni dettagliate sulla malattia e favorire l'acquisizione di competenze di autogestione della cura è un atto naturale nella relazione medico-paziente.

L'Educazione terapeutica è un programma modulare formativo com-

pleto che procede a tappe predefinite e si presta, per le sue potenzialità, ad essere ampiamente utilizzato nel servizio sanitario pubblico, in particolare nelle malattie croniche, dove lo scarso tempo disponibile invece rende spesso difficile il lavoro didattico da parte del clinico.

Sarebbe auspicabile infatti, anche se non sempre facile da attuare, che il medico curante fosse affiancato in questo da una équipe composta da infermieri, medici tirocinanti o altre figure di educatori opportunamente preparati per tale compito.

In ambito psichiatrico l'E.T. può essere un'attività particolarmente vantaggiosa se integrata con gli interventi clinico-farmacologici, di psicoterapia e di assistenza (Franchini et al., 2007).

A partire dagli anni '70, si sono sviluppate diverse forme di psicoeducazione, prima come tentativi empirici poi, sempre più strutturati, in contesti ospedalieri e in ambulatori psichiatrici in parte sovrapponendosi, in parte diversificandosi le une dalle altre.

Nei disturbi mentali il modello educativo presenta però ostacoli mag-

giori in quanto al malessere causato dai sintomi stessi si aggiunge la compromissione cognitiva che altera la comprensione: il paziente spesso non si sente capito dagli altri e non comprende quello che gli sta succedendo. Gli aspetti formali e di contenuto del pensiero possono essere gravemente alterati e alcune funzioni, anche elementari, più o meno impedito nei passaggi più critici della malattia.

Come possiamo affrontare tutto questo?

Lì dove la patologia psichiatrica ha indotto deficit cognitivo-intellettivi più o meno stabili e/o duraturi l'educazione terapeutica non può essere utilizzata e deve cedere il posto alla riabilitazione vera e propria con lo scopo di fare riacquisire il più possibile le funzioni perse o gravemente compromesse. Prima di impostare un programma riabilitativo sarà necessaria una valutazione delle capacità funzionali residue e delle abilità compensatorio-suppletive ancora presenti.

Similmente ad altri campi della medicina anche in psichiatria è fondamentale per il decorso e la prognosi: la precocità dell'intervento, il ri-

conoscimento dei prodromi e la prevenzione.

La salute dipende dai comportamenti personali e dalle scelte che ognuno fa e per questo i professionisti della salute devono favorire l'apprendimento e l'*empowerment*. Anche nelle malattie psichiatriche come in altre malattie croniche (per es.: asma, ipertensione, dermatiti etc.) il comportamento della persona malata incide sul decorso e sulla prognosi e l'aderenza al trattamento non è per nulla scontata.

Diversamente da altri approcci clinici, la psicoeducazione si focalizza sul presente del paziente, sulla gestione dei suoi disturbi, cercando di migliorare le dinamiche relazionali e puntando alla collaborazione dell'ambiente familiare, dove questo è possibile (Camardese-Janiri, 2012). In effetti negli anni '70 si è verificato un cambiamento epocale nell'affrontare le patologie mentali più gravi, con la de-istituzionalizzazione dei pazienti e la chiusura delle strutture manicomiali, grazie al fatto che nuovi farmaci permettevano di migliorare la sintomatologia e anche il funzionamento socio-relazionale, facilitando spesso il ritorno al proprio ambiente di vita.

Questo cambiamento, che è stato comunque abbastanza rapido, ha aperto nuovi scenari di opportunità, ma ha anche favorito il generarsi di nuove situazioni problematiche, di nuove esigenze da fronteggiare.

Le famiglie si sono in alcuni casi trovate esposte in prima linea e impreparate ad accogliere i loro congiunti magari dopo lunghi periodi di contatti diradati.

Già nel 1966 Brown descrisse le ripercussioni di questo rientro in famiglia dei malati prima accolti in strutture istituzionali.

I malati psichiatrici mostravano, in studi su larga scala, più recidive e un complessivo peggioramento della sintomatologia, quando tornavano a vivere in famiglia rispetto a quelli che avevano intrapreso altri tipi di vita comunitaria (Buchanan, Carpenter, 2000).

Le famiglie stesse poi accusavano nel tempo gravi ripercussioni, con segni di sofferenza e disfunzionalità organizzative e relazionali nei rapporti tra i vari membri del nucleo parentale che tornava ad accogliere il paziente (Brown e al., 1966).

Per questo inizialmente i modelli di educazione terapeutica si sono rivolti soprattutto ai familiari di queste persone affette da disturbi psichici per aiutarli a conoscere e gestire le difficoltà incontrate nel rientro del paziente a casa (Faloon e al., 1994). Alcuni trattamenti psicoeducativi si sono focalizzati di più su informazioni dettagliate e suggerimenti pratici per superare le crisi (Anderson et al. 1981). Altri tendono a sostenere i genitori per fronteggiare lo stigma sociale e a modificare il clima emotivo familiare caratterizzato spesso da ipercoinvolgimento e eccessiva colpevolizzazione (Miklowitz, Goldstein 1997).

Negli ultimi anni sono stati elaborati modelli educativi che si rivolgono non solo alle famiglie, ma direttamente ai pazienti stessi nelle fasi intercritiche e remissive della loro patologia, con modalità individuali ma soprattutto con incontri in gruppi omogenei, volti a migliorare le conoscenze sulla malattia, la gestione della terapia farmacologica e l'abilità nell'affrontare i passaggi critici (ricadute, complicanze, effetti collaterali di politerapie etc.) che caratterizzano il decorso clinico (Frank E. 2007). L'esigenza di utilizzare il modello educativo-terapeutico trova la sua ragion d'essere soprattutto per disturbi mentali gravi come la schizo-

frenia, i disturbi dell'umore, l'alcol-dipendenza e i disturbi del comportamento alimentare, i quali causano disabilità in più aree, dalla perdita di autonomia e di cura per sé stessi, alle ricadute sul lavoro, lo studio e i rapporti affettivi (Colom, Vieta 2006).

Pensiamo a persone giovani che devono imparare a fronteggiare patologie croniche a volte pesantemente invalidanti qualora lasciate al loro decorso spontaneo, per le quali invece esistono opportunità di convivere dignitosamente con i propri sintomi.

Tutto ciò necessita però di una buona alleanza terapeutica da costruire col paziente, nel suo ambiente di vita e nel tempo.

Alcuni studi condotti sia su soggetti schizofrenici sia su pazienti bipolari, hanno evidenziato un effetto positivo dei programmi psicoeducativi laddove questi interventi siano caratterizzati da un numero di sedute prolungato nel tempo con una modalità interattiva di "*modeling*" e "*tailoring*" e periodici *follow-up* valutativi a cui partecipa tutta l'équipe curante, con il risultato di un netto miglioramento della qualità di vita (MacPherson et al., 1996).

Le considerazioni conclusive che emergono da questo breve excursus sottolineano l'importanza che il paziente abbia sempre più come interlocutori figure di riferimento che oltre a sapere e a fare, sappiano anche condividere i problemi emersi nella cura, aiutando la persona a diventare protagonista attiva della propria storia clinica.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson C.M., Hogarty G.E. & Reiss D.J. (1981) The psychoeducational family treatment of schizophrenia. *New direction for Mental Health Services*, 12:79-94.
- Brown G.W. (1966). Measuring the impact of mental illness on the family. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 59 (1): 18-20.
- Buchanan R. W., & Carpenter W.T. (2000). Schizophrenia: introduction and overview. In: Sadock B.G. & Sadock V.A., editors, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Vol.1. Philadelphia: Lippincott, Williams e Wilkins.
- Camardese G. & Janiri L. (2012) *Manuale di riabilitazione per i disturbi dell'umore*. Roma: Alpes ed.
- Colom F. & Vieta E. (2006). *Manuale di psicoeducazione per il disturbo bipolare*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- D'Ivernois J.F., Gagnaire R. (1995) *Educare il paziente*. Mc Graw-Hill ed.
- Fallon. H. (1994). *Intervento psicoeducativo familiare in psichiatria*. Trento: Edizioni Erickson.
- Franchini L., Vinante C., Florita M., Santoro A., Fresi F. & Colombo C. (2007). Possible role in relapse prevention of the quality of participation in Psychoeducation therapy combined with acute antidepressant treatment. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 13: 466-474.
- Frank E. (2007). Interpersonal and Social Rhythm Therapy: A Means of Depression and Preventing Relapse in Bipolar Disorder. *J.Clin Psychol*, In session, 63, 5: 463-473.
- MacPherson R., Jerrom B. & Hughes A. (1996). Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia. *British Journal of psychiatry*, 168: 718-22.
- Miklowitz D.J. Goldstein M.J. (1997). *Bipolar Disorder: A family Focused Approach*. New York, Ny: Guilford Press

scienza
e ricerca

SIFOP



scienza
e ricerca

OGIA

a cura di Gatti A.*,
Carleo D.**,
Nuzzo V.**

*Dirigente Medico
U.O.C. Malattie
del Metabolismo –
P.O. “San
Gennaro” - ASL
NA1 centro
**Specialista
Ambulatoriale
Ambulatorio di
Diabetologia di
Melito DS 40 –
Napoli 2 Nord
***Dirigente
Medico U.O.C.
Medicina Interna –
P.O. “San
Gennaro” – ASL
NA1 centro

L'indice di steatosi è un valido metodo alternativo diagnostico di cardiopatia ischemica in anziani diabetici di tipo 2

I pazienti con epatosteatosi (FL) hanno un alto rischio di sviluppare il diabete e le malattie cardiovascolari. Lo scopo del presente lavoro è stato valutare l'associazione tra FL e malattia coronarica progressiva (CHD) in un'ampia popolazione ospedalizzata di diabetici di tipo 2. In 845 soggetti anziani diabetici di tipo 2 (età >70 anni), ricoverati negli ultimi 5 anni, abbiamo valutato compenso glicemico, enzi-

mi epatici, lipidi, la resistenza insulinica (HOMA-R) e la presenza o meno di pregresso IMA. La presenza di FL è stata stimata utilizzando l'indice di steatosi (FLI >60, probabilità >78% di presenza FL; FLI <20 probabilità >91% assenza di FL), ovviamente non con l'ecografia troppo operatore dipendente. La popolazione è stata divisa in tre gruppi sulla base dell'indice di steatosi: G0: FLI <20 (n=40); G1: FLI > 60 (n=544), G2:

gruppo intermedio (n= 261). La diagnosi di CVD con pregresso IMA è stata acquisita sulla base della storia clinica documentata o confermata con opportune indagini nel corso del ricovero.

Conclusioni: l'indice di steatosi (FLI) è un metodo pratico ed efficace e può essere usato in sostituzione dell'esame ecografico troppo operatore dipendente, inoltre in diabetici di tipo 2 anziani il rischio di cardio-



patia ischemica è associato con alti valori di FLI (OR 56,835; IC: 17,172-188,110; $p < 0.0001$).

La steatosi epatica non alcolica (NAFLD) è una comune causa di malattia epatica cronica e di trapianto di fegato e la sua prevalenza è in aumento nei paesi occidentali, essendo documentato essere presente nel 10-15% degli individui normali e nel 70-80% degli obesi. I soggetti con NAFLD hanno un alto rischio di sviluppare malattie cardiovascolari (CVD) specialmente se diabetici (DM2T), probabilmente a causa dei fattori di rischio associati, in particolare l'obesità e l'insulinoresistenza (IR). Recentemente, è stato riportato che i soggetti con steatosi epatica hanno livelli elevati di biomarcatori plasmatici d'infiammazione, disfunzione endoteliale e precoci placche carotidee. Lo spessore intimale della carotide (IMT) è stato diverso secondo l'origine della malattia epatica: i valori più bassi sono stati osservati nei pazienti inizialmente affetti da infezione da virus dell'epatite B (HBV) o il virus dell'epatite C (HCV), e più alta in quelli con NAFLD. Le associazioni tra malattia epatica e aterosclerosi carotidea sono indipendenti dei classici fattori di rischio, gli elementi della sindrome metabolica e l'IR, e indicano che altri fattori potrebbero essere coinvolti. Inoltre, NAFLD è associata a una maggiore mortalità generale e predice in modo indipendente il rischio di futuri eventi cardiovascolari complessi. Le attuali evidenze suggeriscono fortemente che la NAFLD è probabilmente associata a un aumentato rischio cardiovascolare, e suggeriscono la possibilità che NAFLD potrebbe non essere solo un marcatore ma anche un mediatore precoce di aterosclerosi. Lo studio è un progetto retrospettivo con il fine di valutare la possibile relazione tra NAFLD, valutata attraverso l'indice di steatosi (FLI), e rischio cardiovascolare in una popolazione di anziani diabetici di tipo 2 ospedalizzati, con o senza pregresso IMA.

Tabella 1 - medie \pm deviazione standard e rangedei parametri rilevati nella popolazione di diabetici di tipo 2 anziani in esame al momento del ricovero.

n - %	845	100%	Range	
	M	ds	Min	Max
Glicemia (mg/dl)	180,89	76,47	33,00	515,00
HbA1c (%)	8,43	1,97	4,40	18,60
Età (anni)	75,11	4,25	70,00	95,00
BMI (kg/m ²)	29,30	5,74	16,33	54,14
Peso reale (Kg)	74,61	15,03	38,00	130,00
Circonferenza Vita (cm)	106,94	12,79	51,00	155,00
PAS (mmHg)	142,22	19,45	100,00	260,00
PAD (mmHg)	79,66	10,09	50,00	120,00
Creatinina (mg/dl)	1,20	0,55	0,50	5,90
GOT	24,66	24,71	7,00	349,00
GPT	24,08	24,67	2,00	342,00
Colesterolo (mg/dl)	190,79	46,95	70,00	363,00
Trigliceridi (mg/dl)	153,55	89,29	43,00	896,00
HDL (mg/dl)	46,61	12,68	13,00	99,00
LDL (calcolato)	118,61	35,81	31,00	241,00
GGT	47,63	73,46	6,00	821,00
IRI	38,86	64,73	0,10	650,00
C peptide	2,09	4,77	0,00	129,00
HOMA IR	19,17	56,11	0,02	332,22
MDRD	57,02	17,96	7,42	130,30
MAU	85,74	400,30	0,00	7490,90
Anni Diabete	19,64	7,71	1,00	25,00
Indice Steatosi (FLI)	67,29	25,42	2,00	100,00

SOGGETTI E METODI

Abbiamo analizzato retrospettivamente i dati di circa 850 pazienti DM2T ricoverati nei nostri reparti negli ultimi 5 anni, tutti i soggetti avevano oltre 70 anni con, al momento del ricovero. Nella Tabella 1 sono riportate le medie, le deviazioni standard ed i range riscontrati nella popolazione in esame al momento del ricovero. In tutte le cartelle erano presenti dati certi e verificati della presenza o meno di un pregresso IMA, criterio alla base della divisione della popolazione in due gruppi.

RACCOLTA DATI MEDICI E PROCEDURE STANDARD BIOLOGICHE.

I dati medici sono stati raccolti in base ad un questionario standardizzato contenuto nella cartella clinica informatizzata. Sono state raccolte le informazioni riguardanti la storia medica, le abitudini di vita e l'uso di farmaci. La diagnosi di CVD con pregresso IMA è stata acquisita sulla base della storia clinica documentata o confermata con oppor-

tune indagini nel corso del ricovero. Il peso è stato misurato con un'approssimazione di 0.5 Kg, l'altezza è stata misurata con un'approssimazione di 0.5 cm, e quindi è stato calcolato il BMI. La circonferenza della vita è stata misurata la circonferenza più stretta tra il margine della costola inferiore e la spina iliaca anteriore superiore con un'approssimazione di 0.5 cm. Le pressioni arteriose (BP) brachiali a riposo sono state misurate durante tre diverse visite con uno sfigmomanometro aneroido (revisionato periodicamente) ed un bracciale di idonee dimensioni, il soggetto era seduto per almeno 10 minuti in condizioni di relax psico-fisico, facendo una media di tre misurazioni. Le analisi ematochimiche sono state misurate dal laboratorio centrale del nostro ospedale con le normali metodiche routinarie. Il colesterolo LDL, l'HOMA-R e MDRD sono state calcolate con le relative formule matematiche di uso routinario. Indice del fegato grasso (FLI). Nel disegnare lo studio gli AA hanno ritenuto opportuno non utiliz-

scienza e ricerca

DIABETOLOGIA



scienza
e ricerca

DIABET

zare dati ecografici per la determinazione della steatosi epatica essendo troppo operatore dipendente, e quindi abbiamo usato esclusivamente l'indice di steatosi (FLI), recentemente validato in un ampio gruppo di soggetti con e senza sospetta malattia epatica, per categorizzare i pazienti. L'indice utilizza un algoritmo basato sul BMI, circonferenza vita, trigliceridi (TG), e GGT con una precisione di 0,84 (intervallo di confidenza 95 % [CI] 0,81-0,87) nel rilevare fegato grasso. Abbiamo deciso di utilizzare cut-off più restrittivi (FLI<20 e FLI>60), servendoci di quanto sostenuto da Gastaldelli et al. che ha stimato la probabilità di avere o non avere la steatosi epatica attraverso l'utiliz-

zazione del teorema di Bayes, così quando il valore dell'indice (FLI) è maggiore o uguale a 60 la probabilità di avere steatosi è maggiore del 78% (gruppo G1), se FLI è inferiore a 20 la probabilità di non avere fegato grasso è maggiore del 91% (gruppo G0), ed un gruppo intermedio con FLI da 21 a 59 (gruppo G2).

ANALISI STATISTICA

I dati quantitativi sono espressi come media \pm SD. Le medie sono state valutate utilizzando la correlazione bivariata. La significatività statistica è stata fissata per $p < 0,05$. L'Odds Ratio è stato utilizzato per valutare il rischio di malattia ischemica sulla base del FLI. È stato utilizzato il software SPSS ver. 20.0.

RISULTATI

Caratteristiche della popolazione in studio.

La popolazione di questo studio consisteva di 845 soggetti, 365 uomini (43%) e 480 donne (57%), quindi è stato calcolato il FLI. I soggetti sono stati poi divisi in tre gruppi in base al valore del FLI: gruppo 0 (G0) ha una bassa probabilità di avere fegato grasso (<9%), gruppo 1 (G1) ha alta probabilità di avere epatosteatosi (>78%), gruppo 2 (G2) è intermedio.

BMI, circonferenza addominale, GGT, e TG sono nell'equazione che definisce il FLI, così come previsto presentano valori aumentati da G0 a G1. L'età media dei due gruppi era sovrapponibile (G0: 74.80 vs G1:

Tabella 2 - Caratteristiche cliniche della popolazione in esame, paragonando le medie riscontrate nei diabetici con FLI<20 (Go), con le medie riscontrate nei pazienti con FLI>60 (G1).

Indice Steatosi n - %	Go+G1+G2		Go - normali		G1 - alterati		G2- dubbi	
	M	ds	M	ds	M	ds	M	ds
Glicemia (mg/dl)	180,89	76,47	162,58	51,83	188,28\$	79,60	168,30	70,88
HbA1c (%)	8,43	1,97	8,19	1,75	8,47n	1,93	8,39	2,09
Età (anni)	75,11	4,25	74,80	4,36	74,84n	4,30	75,70	4,08
BMI (kg/m2)	29,30	5,74	20,98	1,96	31,96****	5,18	25,02	2,48
Peso reale (Kg)	74,61	15,03	53,07	7,74	81,15****	13,42	64,27	8,92
Circonf. Vita (cm)	106,94	12,79	83,50	10,01	113,0****	10,48	97,89	6,53
PAS (mmHg)	142,22	19,45	136,75	17,85	143,17\$	19,74	141,07	18,95
PAD (mmHg)	79,66	10,09	77,00	8,83	80,59\$	9,97	78,12	10,30
Creatinina (mg/dl)	1,20	0,55	1,03	0,35	1,24\$	0,58	1,15	0,49
GOT	24,66	24,71	18,45	7,27	25,98*	27,45	22,86	19,71
GPT	24,08	24,67	15,70	8,00	26,32n	28,55	20,70	15,21
Colesterolo (mg/dl)	190,79	46,95	182,08	32,27	194,22n	48,03	184,99	45,94
Trigliceridi (mg/dl)	153,55	89,29	97,73	31,35	173,1****	99,55	121,28	52,05
HDL (mg/dl)	46,61	12,68	51,03	12,40	45,47***	12,16	48,32	13,46
LDL (calcolato)	118,61	35,81	111,55	22,63	120,93n	36,65	114,87	35,32
GGT	47,63	73,46	23,45	20,50	59,51***	87,67	26,57	23,94
IRI	38,86	64,73	42,87	98,62	41,51n	67,39	32,70	51,03
C peptide	2,09	4,77	1,34	1,21	2,37n	5,83	1,64	1,41
HOMA IR	19,17	56,11	15,61	37,49	22,21n	67,82	13,39	18,66
MDRD	57,02	17,96	65,61	16,97	54,90***	18,28	60,13	16,61
MAU	85,74	400,30	42,98	103,39	103,39n	483,17	55,50	170,71
Anni Diabete	19,64	7,71	20,50	7,05	18,98n	8,01	20,87	7,02
Indice Steatosi (FLI)	67,29	25,42	13,25	4,87	83,60****	12,03	41,55	10,97

NS=n - 0.05=\$ - 0.01=* - 0.001=** - 0.0001=***

74.84 anni). L'indice di steatosi, ovviamente, era decisamente più alto nel gruppo G1 (G0: 13.25 vs G1: 83.60), nonostante il gruppo G1 mostrasse una durata della malattia diabetica leggermente inferiore (G0: 20.50 anni vs G1: 18.98 anni).

DISCUSSIONE

Abbiamo valutato le associazioni tra NAFLD e pregresso IMA in un'ampia popolazione (n = 845) di soggetti diabetici di tipo 2 anziani, arruolati nei 2 reparti. FLI, è stato usato come una stima della presenza di epatosteatosi, è stata associata con la presenza di pregresso IMA, il che indica che i soggetti con valori di FLI > 60 non solo hanno un'alta probabilità di avere fegato grasso (>78%), hanno anche un aumentato rischio di malattia coronarica.

CONCLUSIONI

La diagnosi differenziale tra steatosi e steatoepatite è basata sull'eventuale contemporanea presenza di livelli elevati di transaminasi. La steatosi epatica può essere valutata me-

diate spettroscopia di risonanza magnetica (MRS), tomografia computerizzata (CT) scansione (rapporto milza/fegato), ultrasuoni (che non è specifica perché può rilevare steatosi epatica solo se > 30%), o alla biopsia epatica, una procedura invasiva anche associata con alcuni rischi. Tutte queste procedure sono piuttosto costose e non sempre utilizzabili in grandi studi epidemiologici. L'aumento degli enzimi epatici può essere una misura sostitutiva di NAFLD, tuttavia, la steatosi epatica può essere presente anche con normali livelli di transaminasi. Numerosi indici sono stati sviluppati per predire la presenza di fegato grasso, e tra questi il FLI è stato recentemente proposto e validato nella popolazione generale. L'indice è stato dimostrato essere molto preciso nel rilevare fegato grasso (accuratezza 0.84 e specificità >0,86 per un FLI >6016).

È stato dimostrato che pazienti affetti da NAFLD hanno aumentata incidenza di CVD, e aterosclerosi carotidea, tuttavia, la maggior par-

te degli studi precedenti include soggetti con fattori di CVD con e senza DM2. Nella nostra popolazione, priva di questi fattori di confondimento essendo stati arruolati solo diabetici di tipo 2, FLI era associato positivamente con affermati fattori di rischio cardiovascolare, pertanto la presenza di FLI alto (epatosteatosi) risulta associato con il rischio di sviluppare infarto del miocardio; l'OR=56.835 indica che chi ha un alto valore dell'Indice di Steatosi ha un rischio 56.83 volte più alto di avere IM rispetto a chi ha un basso valore dell'Indice di Steatosi (IC: 17.172, 188.11 - p<0.0001). Possiamo concludere che i risultati da noi ottenuti confermano ampiamente che il riscontro di epatosteatosi è associata alla cardiopatia ischemica, e che, senza alcun dubbio, il FLI è da preferirsi all'esame ecografico avendo una alta accuratezza, specificità e sensibilità, e essendo caratterizzato da una mera valutazione numerica di dati obiettivi che prescinde dalle capacità interpretative del singolo operatore.

BIBLIOGRAFIA

1. Gatti A, Carleo D, Giannettino R, Iodice V, Nocerino L: "Leptina e Steatosi Epatica: causa ed effetto" - VII Congresso Nazionale SIMDO - Capri, 17-19 Ottobre 2003, pag. 56-7.
2. Gatti A, Carleo D, L. Nocerino, R. Giannettino R, Carleo R: "Leptina e Steatosi epatica: nesso casuale o semplice marcatore?" - IX Congresso Nazionale SIMDO - Capri, 19-21 Ottobre 2005, pag. 64-65.
3. Targher G, Bertolini L, Padovani R, Poli F, Scala L, Zenari L, et al. Non-alcoholic fatty liver disease is associated with carotid artery wall thickness in diet-controlled type 2 diabetic patients. *J Endocrinol Invest* 2006; 29: 55-60.
4. Targher G, Arcaro G. Non-alcoholic fatty liver disease and increased risk of cardiovascular disease. *Atherosclerosis* 2007; 191: 235-240.
5. Volzke H, Robinson DM, Kleine V, Deutscher R, Hoffmann W, Ludemann J, et al. Hepatic steatosis is associated with an increased risk of carotid atherosclerosis. *World J Gastroenterol* 2005; 11: 1848-1853.
6. Aygun C, Kocaman O, Sahin T, Uraz S, Eminler AT, Celebi A, et al. Evaluation of metabolic syndrome frequency and carotid artery intima-media thickness as risk factors for atherosclerosis in patients with nonalcoholic fatty liver disease. *Dig Dis Sci* 2008; 53: 1352-1357.
7. Brea A, Mosquera D, Martin E, Arizti A, Cordero JL, Ros E. Nonalcoholic fatty liver disease is associated with carotid atherosclerosis: a case-control study. *ArteriosclerThrombVascBiol* 2005; 25: 1045-1050.
8. Gatti A, Carleo D: "L'epatosteatosi predispone all'infarto miocardico nel diabetico?" - X Congresso Nazionale SIMDO - Capri, 5-7 Novembre 2010, pag. 25-28.
9. Gatti A: L'epatosteatosi predispone all'infarto miocardico nel diabetico? - Progetto Quicksolution 2010: la gestione integrata del paziente diabetico con patologia cardiovascolare concomitante in terapia insulinica - inScienceComunications - Pomezia (RM), pagg.40-44.
10. GattiA: "Hepatosteatosi and myocardial infarction in diabetic patients: peaceful coexistence or cause and effect?" - Abstract Book - XVII Congresso Nazionale FADOI - Palacongressi di Rimini, 5-8 Maggio 2012 - Italian Journal of Medicine, pag. 64
11. Hills SA, Balkau B, Coppack SW, Dekker JM, Mari A, Natali A, et al. The EGIR-RISC STUDY (the European group for the study of insulin resistance: relationship between insulin sensitivity and cardiovascular disease risk): I. Methodology and objectives. *Diabetologia* 2004; 47: 566-570.
12. Bedogni G, Bellentani S, Miglioli L, Masutti F, Passalacqua M, Castiglione A, et al. The Fatty Liver Index: a simple and accurate predictor of hepatic steatosis in the general population. *BMC Gastroenterol* 2006; 6: 33.
13. Gastaldelli A, Kozakova M, Højlund K, et al: Fatty liver is associated with insulin resistance, risk of coronary heart disease, and early atherosclerosis in a large European population. *Nutrients*. 2013 May; 5(5): 1544-1560.