

M.D.

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

Anno XXIX, numero 2 - 2022

Poste Italiane Spa - Sped. in abb. Postale - D.L. 353/2003 (conv. In 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano - Direttore responsabile: Dario Passoni - ISSN 1123 8631

IN QUESTO NUMERO

FOCUS ON 6

**La sigla dell'Acn 2016-2018,
un ponte verso
la nuova convenzione**

RIFLETTORI 8

**Il dibattito su dipendenza
sì o no occulta l'elefante
delle "catene telematiche"?**

FARMACI 30

**Nota 100:
antidiabetici
in Medicina Generale**

RASSEGNA 32

**Progressi in cardio-oncologia.
Il danno cardiaco
da terapia antineoplastica**



Attraverso il presente
QR-Code è possibile
scaricare l'intera rivista



Antonella Cicale

Segretario Medici senza Carriera, Mmg Quarto (NA)

**Dignità, tutele e unità: i medici
di famiglia devono ripartire da qui**

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXIX numero 2 marzo 2022

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

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Pubblicità

Teresa Premoli
Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia



RCP Minias

In questo numero

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
Dignità, tutele e unità: i medici di famiglia devono ripartire da qui 5
- **Focus on**
La sigla dell'Acn 2016-2018, un ponte verso la nuova convenzione 6
- **Riflettori**
Il dibattito su dipendenza sì o no occulta l'elefante delle "catene telematiche"? 8
- **Dibattito**
Come riformare la convenzione e gli accordi decentrati con la Medicina Generale? 10
- **Professione**
Medici di famiglia, non resta che associarsi 12
- **Prospettive**
Una medicina di prossimità diversa è possibile 13
- **Riflessioni**
I Mmg sono stati carenti nella gestione della pandemia? 14
- **Sanità**
Più di 19 miliardi di euro spesi in Italia in due anni di emergenza Covid 15
- **Monitor**
La femminilizzazione della professione medica avanza 16
- **Storia della medicina**
Romanticismo e rapporto medico paziente 18
- **Osservatorio**
Il futuro della Medicina Generale è digitale 20

AGGIORNAMENTI

- **Farmacologia**
Intolleranza alle statine, spesso effetto nocebo e "drucebo" 22
- **Gastroenterologia**
Nuove indicazioni per la malattia da reflusso gastroesofageo 23
- **Medicina complementare**
"Dieta dei cinque sapori" nella medicina orientale 24
- **Medicina di genere**
Donne e profilo di rischio cardiovascolare genere correlato 25
- **Prevenzione**
Attività fisica negli anziani: è meglio tardi che mai 26
- **Virologia**
Trasmissione, sintomi e prevenzione della febbre di Lassa 27

CLINICA E TERAPIA

- **Diario ambulatoriale**
La settimana di un medico di famiglia 28
- **Farmaci**
Nota 100: antidiabetici in Medicina Generale 30
- **Rassegna**
Progressi in cardio-oncologia. Il danno cardiaco da terapia antineoplastica 32
- **Management**
Mmg e malattia renale cronica 35
- **Pratica medica**
Dolore toracico ed embolia polmonare 36
- **Ricerca**
Demenza e continuità delle cure 37
- **Trial**
Inquinamento e mortalità da Covid 38
- **Letture**
Up to date sui nutraceutici ipolipemizzanti 42
- **Rassegna da Nutrienti e Supplementi** 43

Dignità, tutele e unità: i medici di famiglia devono ripartire da qui

“ I medici di famiglia hanno bisogno del riconoscimento della dignità professionale e sociale della disciplina che esercitano, di maggiori tutele e dell'unità della categoria”, soltanto in questo modo la professione potrà uscire dall'angolo in cui si trova oggi e di cui è in parte corresponsabile. A pensarla così è la dottoressa **Antonella Cicale**, medico di medicina generale, che esercita la professione a Quarto in provincia di Napoli ed è segretaria dell'Associazione Medici senza Carriere. Un'Associazione nata in Campania per ottenere puntualità e trasparenza nelle assegnazioni degli ambiti carenti per i medici di famiglia. Non bisogna dimenticare, infatti, che la Campania è caratterizzata da storie di precariato che sfiorano i 20 anni, dove per i laureati in Medicina, che hanno concluso i Corsi di formazione in Medicina Generale, è ormai una pratica consolidata quella di dovere rispondere a bandi di altre Regioni. Un paradosso, vista l'attuale carenza di medici di medicina generale su tutto il nostro territorio, Campania compresa.

Cicale è una giovane donna medico, entusiasta della professione, che esercita da dieci anni. Una professione che però due anni di pandemia hanno messo in profonda crisi.

“La Medicina di Famiglia - sottolinea Cicale a *M.D. Medicinae Doctor* - vive un momento storico difficilissimo ed estremamente delicato perché i Mmg, in questi due anni di pandemia, hanno dovuto dare un'assistenza continuativa, tutto il giorno e per tutti i giorni della settimana. Una vera e propria corsa contro il tempo e contro l'ospedalizzazione dei pazienti contagiati da SARS-CoV-2. Abbiamo dovuto fronteggiare un tale carico di lavoro che, di fatto, ha finito per sottrarre tempo clinico e terapeutico ai pazienti che afferiscono al *setting* della Medicina Generale: cronici, pluripatologi, fragili, ecc.”. A tutto questo si è poi aggiunto il peso burocratico 'da Covid' che ha fatto da detonatore, visti i già gravosi compiti burocratici quotidiani che i medici di famiglia sono tenuti ad assolvere, quelli cioè previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale, dagli accordi regionali e da quelli aziendali.

In un tale contesto, sia congiunturale sia professionale, essere medico di famiglia, donna e giovane rappresenta un handicap o un valore aggiunto?

“Non è difficile rispondere a questa domanda - precisa Cicale - nel senso che non lo è per le donne, basterebbe solo che ci guardassimo negli occhi e lì si incontrerebbe la risposta. Ma visto che *M.D. Medicinae Doctor* non ha confini di genere, rispondo che essere donna e anche giovane, non solo nel mio lavoro, ma in senso più generale, è molto complesso. A tale proposito, per spiegarmi meglio, faccio mia una citazione di una donna, **Oriana Fallaci** che è stata giornalista e scrittrice: *'essere donna è così affascinante, è un'avventura che richiede un tale coraggio, una sfida che non finisce mai'*. Ed è proprio così, per noi donne la difficoltà della conquista è la normalità: la conquista del rispetto, dell'attenzione, della credibilità, della professione, di ruoli apicali nonostante il talento che possiamo avere e la strada che abbiamo percorso. La nostra è *'una sfida che non finisce mai'*, ma è da questa continua lotta che deriva la nostra forza, la nostra complessità ed il nostro mistero”. (A.S.)



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Antonella Cicale

La sigla dell'Acn 2016-2018, un ponte verso la nuova convenzione

La chiusura del vecchio Acn è stata una necessità non più rinviabile per poter redarre l'Atto d'indirizzo definitivo per la Medicina Territoriale e partire con le trattative per la nuova convenzione che si dovrà chiudere in 6 mesi, pena l'intervento sostitutivo del Ministero della Salute. Diventa, quindi, necessario analizzare le novità introdotte

Alessandro Chiari

Segretario Regionale Fismu Emilia Romagna

L'accordo sottoscritto di recente dai sindacati della Medicina Generale è relativo al biennio 2016/2018 e riguarda tutti i medici di medicina generale e contiene l'evoluzione del modello organizzativo attraverso l'istituzione delle Aft e il passaggio al Ruolo Unico di Assistenza Primaria. Viene consolidato l'incremento in quota capitaria già anticipato dal decreto emergenziale del 2020. Quattro sono i settori contrattuali previsti: 1) ruolo unico di assistenza primaria; 2) medicina dei servizi territoriali; 3) emergenza sanitaria territoriale; 4) assistenza negli istituti penitenziari che contempla la medicina penitenziaria, una vera e propria novità.

► Le novità del contratto

Il medico assolve al debito informativo adempiendo agli obblighi previsti dal sistema informativo nazionale (NSIS), attraverso la tessera sanitaria e la ricetta elettronica, inclusa la dematerializzata, il fascicolo sanitario elettronico (FSE) e la certificazione telematica di assenza per malattia del lavoratore dipendente. Le Aft vengono implementate su tutto il

territorio regionale attraverso l'istituzione di forme organizzative multiprofessionali tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure anche attraverso una gradualità della complessità organizzativa, realizzando un collegamento funzionale tra Aft e forme organizzative multiprofessionali tramite idonei sistemi informatici e informativi.

La forma organizzativa funzionale diventa la Uccp che opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Aziende sanitarie, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi che, dislocate nel territorio, possono essere caratterizzate da differenti forme di complessità. Gli obiettivi di salute e di attività sono definiti dall'Azienda sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'Acn e definito dalla Regione. Si opera in continuità dell'assistenza con le Aft, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi. I medici di medicina generale continueranno ad avere un rapporto di lavoro convenziona-

to a tempo pieno con il Ssn, su scelta fiduciaria del paziente.

► Le ore di lavoro

Viene fissato un impegno di 38 ore di lavoro a settimana così articolato: da un minimo di 5 ore ad un massimo di 20 per attività di assistenza svolte presso gli studi dei Mmg o della Aft in un rapporto fiduciario con i propri assistiti; 18 ore per attività promosse dal distretto, di cui, secondo l'atto di indirizzo in *fieri*, almeno 6 nella casa della comunità, per progetti promossi dal distretto. I Mmg non massimalisti, ovvero con un numero di assistiti inferiore ai 1.000, completano l'impegno orario svolgendo attività organizzate e promosse dal distretto che si aggiungono alle 18 ore.

I medici operano in aggregazioni funzionali territoriali (Aft) composte da Mmg e in Unità complesse di cure primarie (Uccp) con pediatri, specialisti, infermieri. Nelle Uccp c'è un coordinatore, nelle Aft un referente, il primo gestisce un *budget* e ha una retribuzione. Nella continuità assistenziale spuntano le fasce 20-24 in cui devono essere a disposizione tutti gli effet-

tivi e 24-8 in cui le chiamate calano e l'offerta di servizi è dirottabile al 118. Nel calcolo degli emolumenti ci sarà una quota accantonata dall'Asl per i fattori produttivi e una nuova per attività ulteriori: le somme extra quota capitaria nazionale insieme costituiscono il 30% della retribuzione. La libera professione è consentita entro le 5 ore settimanali con 1.500 assistiti, le 8 ore tra 1.200 e 1.500, 12 ore tra 1.200 e 1.000, 18 ore sotto mille assistiti. In questo accordo, quindi non vengono contemplate le "CdC" ma le aggregazioni della legge Balduzzi, Aft ed Uccp.

I medici di famiglia sono coinvolti nella gestione dei pazienti cronici, nella prevenzione vaccinale, nella riduzione degli accessi ai Pronti soccorso e nel governo di liste d'attesa ed appropriatezza, con incrementi tutti da stabilire (in gioco ci sono cifre fin qui ipotetiche). Inoltre assolvono agli obblighi informativi di comunicazione delle prestazioni ai pazienti, di compilazione del fascicolo sanitario, delle certificazioni di malattia.

Per monitorare l'andamento degli accordi regionali ed aziendali e far crescere l'assistenza sono previsti comitati paritetici, rispettivamente regionale e di Asl, formati da un rappresentante per sindacato firmatario dell'accordo nazionale o regionale a livello di Asl, ma la rappresentanza è concessa solo se la sigla è localmente presente, ed altrettanti interlocutori di parte pubblica. Un programma delle attività territoriali definisce gli obiettivi di salute, attività e volumi di prestazioni per la categoria.

Possono entrare in una zona carente a tempo indeterminato pure i corsisti del triennio, ma solo se vanno deserti i bandi tra i medici in graduatoria: prima si attinge a

quelli del 3° anno, poi a quelli del 2° infine del 1°. I medici di assistenza primaria possono avere fino a 1.500 scelte se *single*, fino a 1.800 se sono in un'aggregazione multiprofessionale (Uccp); il medico extra-Uccp che abbia oltre 1.500 scelte deve fermarsi, salvo deroghe fino al 5% in più.

► La continuità assistenziale

In continuità assistenziale (CA) il massimo è 38 ore a settimana, chi fa sostituzioni in assistenza primaria scende a 24 ore e può avere fino a 650 scelte, o può salire da 650 a 1120 scendendo a 12 ore settimanali. Nella continuità assistenziale arrivano per i medici a "quota oraria" le due fasce 20-24 in cui devono essere a disposizione tutti gli effettivi e 24-8 in cui le chiamate calano e l'offerta di servizi è dirottabile al 118. Se ai bandi non si presenta nessun medico di CA le Asl possono assumere medici in graduatoria a termine per 6 mesi od organizzare turni di reperibilità domiciliare. Il medico può rilasciare ricette ed impegnative per esami senza vedere l'utente, a sua discrezione; gli assistiti possono accedere a loro volta senza ricetta del Mmg dal ginecologo, dentista, oculista, consultorio, pediatra e psichiatra del servizio sanitario. A tutti gli specialisti Asl è consentito fare ricette sulla base del quesito diagnostico del medico di famiglia, non solo relative ad un test diagnostico strumentale ma anche ad esami propeudeutici a quel test.

► Distretto e contenziosi

A livello distretto esiste un Ufficio per i procedimenti distrettuali UPD che si occupa dei contenziosi a seguito di violazioni di comportamenti prescrittivi; composto da direttore di distretto, referente Aft,

2 mmg elettivi, rappresentante del servizio farmaceutico, medico individuato dal direttore sanitario, l'UPD esamina il caso portato alla sua attenzione in 30 giorni e dà tempo al medico 15 giorni per le controdeduzioni, poi giudica dando attenuanti per stati di necessità (alternative difficili da trovare), farmaci nuovi, occasionalità della violazione. Un articolo intero è dedicato a tutti i motivi delle sanzioni. Nel calcolo degli emolumenti accanto a quota capitaria nazionale, quota variabile regionale, quota per servizi negoziata con la regione, spunta la quota accantonata dall'Asl per i fattori produttivi e una nuova quota per attività ulteriori: le somme extra quota capitaria nazionale tutte insieme devono costituire il 30% della retribuzione totale.

► La libera professione

La parte libero professionale è fissata a massimo 5 ore settimanali con 1.500 assistiti, che salgono a 8 tra 1.200 e 1.500, a 12 tra 1.200 e 1.000, a 18 entro i mille assistiti. Con 650 scelte e 24 ore settimanali un medico può fare 8 ore in tutto, ci si può fare pagare anche da propri pazienti (o del collega) attività di una disciplina in cui si è specialisti o di altra disciplina svolta nota al paziente o di medicina generale fatta in ore notturne o nei festivi nella giornata di astensione dal lavoro vanno comunque assicurati visite ed assistenza domiciliari, anche ai malati terminali, e prestazioni non differibili, anche ambulatoriali, certificazioni incluse; e tutti i flussi vanno annotati sul gestionale.

Questo è quanto, finora. Quindi entro giugno dovremo vederne lo sviluppo normativo con il nuovo atto di indirizzo della Medicina territoriale.

Il dibattito su dipendenza sì o no occulta l'elefante delle “catene telematiche”?

Una domanda legittima visti i compiti burocratici che stanno attanagliando la professione con le annesse proteste che si levano da tutto lo Stivale. Motivo per cui è il caso di precisare e di riflettere sul fatto che quello che oggi soffoca i Mmg non è la solita burocrazia, ma è la tele-burocrazia che è legata a come noi medici abbiamo appoggiato lo “sviluppo” della Rete in Medicina Generale

Francesco Del Zotti - Direttore di Netaudit (www.netaudit.org)

In questo periodo vedo affrontarsi nel dibattito di “*quale Medicina Generale*” due posizioni divaricate: sì alla continuazione del rapporto convenzionale; sì al Mmg dipendente. Entrambe le posizioni hanno parecchie frecce nelle rispettive faretre, ma a mio parere entrambe rischiano di scotomizzare l'elefante: il catastrofico accumulo di compiti che frettolosamente e per abitudine definiamo “*burocratici*”, “*la solita burocrazia che ci soffoca*”. Permettetemi di esprimere una idea divergente: non è la solita burocrazia, ma è la tele-burocrazia che è legata a come noi medici abbiamo appoggiato lo “sviluppo” della Rete in Medicina Generale.

Chiariamo subito che una cosa era il sostegno alla Rete, policentrica e collaborativa, alla metà degli anni 90; e ben altra è la Rete in Medicina oggi. Grazie al primo *Web* siamo ad esempio riusciti a lanciare, nel 2001, la rete *Netaudit: Audit* volontari in Rete, sul modo di registrare alcuni indicatori nelle cartelle computerizzate, anche con centinaia di Mmg di piccoli paesi di montagna.

Poi tutti noi, ed in particolare noi Mmg più tecno-entusiasti, non ci

siamo accorti che la Rete in medicina cambiava pelle: da policentrica e democratica si trasformava in *Big data* gestiti dai grandi *server* di pochi potentati in mano a mega-aziende private (di oltre Oceano) e a potentati pubblici nei governi statali e nelle regioni.

La nuova Rete degli oligopoli ha trasformato l'antropologia della medicina, mettendo al centro non più la relazione medico-paziente ma i dati, merce che sempre più si concentrava in pochi centri e relativi loro “portali”.

► I campi obbligatori da riempire

Sin dal calo dei certificati Inps telematici, più di 10 anni fa ormai, abbiamo assistito alla furbata dell'aumento dei “campi obbligatori” non professionali a cui siamo costretti. Con i certificati Inps di carta compilavamo solo 6 campi; con quello telematico i Mmg devono controllare altri 7 campi (del tutto amministrativi).

Anni fa ci siamo illusi che attraverso l'accettare la “catena telematica” potevamo far vedere quanto eravamo bravi e ricchi di dati; e che da lì sarebbero nati incentivi (qualche carotina è arrivata) e ruo-

li “moderni”. E questa illusione continua e viene rilanciata: ora siamo “contenti”, ad esempio, di poter prescrivere NAO o la cannabis, grazie al fatto che siamo noi, invece degli specialisti, a riempire i relativi portali ministeriali o regionali. Ma da Stato e Regioni non abbiamo ricevuto un ampio mandato e ampi finanziamenti per gestire seriamente i correlati seri problemi medici. No, abbiamo ricevuto lo stretto mandato ai soli atti prescrittivi, però solo dopo l'accettazione di stretta sorveglianza telematica sotto il dominio dei portali collegati alle varie Note e Protocolli Aifa; quindi: ulteriori anelli di quella tele-catena soffocante.

► Covid e teleburocrazia

Poi negli ultimi anni e con il Covid vi è stata l'apoteosi della teleburocrazia: pleora di *server* statali o regionali in cui dobbiamo inserire certificati di isolamento, quarantena, risultati dei tamponi, vaccinazioni, o da cui stampare *green-pass*. E così ci hanno promosso “ufficiali sanitari”, con il “diritto” di compilare i campi dei portali del Covid, ma senza il reale potere e senza portafoglio. E così si dica del ruolo di *gate-keeper*, ormai

sub-caporali dei *database* e *server* regionali e degli impiegati del Cup dotati della nuova "bibbia" dei cataloghi telematici delle prestazioni e delle priorità "rivelate".

Non si sa quanto sono stati bravi lo Stato, le Regioni, l'Inps, l'Inail, ecc, ad incatenarci con queste catene telematiche; o quanto siamo stati asini noi a incoraggiarli e spesso a dare loro un'ampia base di dati per le loro piramidi. Sino al 2010 erano ben poche le Regioni organizzate con l'informatica, mentre noi Mmg avevamo un grande vantaggio: ad esempio cartelle computerizzate serie, almeno dalla meta degli anni '90. Poi gli abbiamo regalato degli *assist*, risultati micidiali per noi.

Queste catene telematiche non sono solo una zavorra di nuova e specifica tele-burocrazia. No, esse sono lo strumento principe della profonda alienazione della MG: non più medici dei quartieri, ma medici servi dei *server* dei poteri centralizzati e distanti. E, d'altra parte, questa centralizzazione telematica non danneggia solo i Mmg ma anche i cittadini.

Le autorità regionali e statali hanno forzato l'accumulo di dati medici spediti nei loro *Big Data* centralizzati. Con quali risultati? Abbiamo constatato la debole capacità di mantenere i *Big data*: vedi i gravi *hackeraggi* recenti della sanità laziale e della ULS padovana. Da *Repubblica* del 21 Gennaio leggiamo: "La vita messa a nudo, lasciando senza pelle migliaia di persone: le loro malattie, le loro dipendenze, i loro traumi fisici e psichici. Per la prima volta in Italia il ricatto dei criminali informatici si è trasformato nella diffusione di una massa di cartelle sanitarie, rubate dagli archivi digitali della Ulss6 Euganea di Padova e pubblicate onli-

ne in uno spazio di facile accesso. Oltre settemila file: contengono informazioni delicatissime, con nomi e cognomi, indirizzi e cellulari. Diagnosi e terapie, dalle più banali ai tumori; storie di droga e alcolismo, persino violenze sessuali."

Si è detto che questo rischioso affidamento dei dati medici avrebbe comunque fornito ampi vantaggi alla condivisione delle informazioni tra medici. Purtroppo non è così, come possiamo dedurre dalla lettura di una recente lettera al quotidiano *Domani* (24 gennaio 22) da parte di un cittadino, utente degli *Hub vaccinali*: "Ho prenotato la terza dose sull'app della regione Campania. Ho raggiunto l'ospedale dove...mi sono messo in fila per l'accettazione, una procedura rapida in cui chiedono informazioni sulle intolleranze, effetti collaterali delle dosi precedenti, eventuali contagi, farmaci regolarmente assunti. Per ragioni di formazione, so che si tratta di dati sensibili, il cui trattamento improprio comporta sanzioni da decine di migliaia di euro. Naturalmente la stanza di dieci metri quadri, conteneva tre operatori e tre pazienti per volta, costretti a scambiarsi informazioni su ogni idiosincrasia. Un tratto di penna dell'operatore ha coperto tutte le caselle "no" del modulo, che con gioia ho firmato, immagino dichiarando di aver ricevuto compiute informazioni.

Il modulo andava ad aggiungersi a una piramide di fascicoli, accatastati dietro la porta. Qual è il senso di tutto questo? Poter dire, in caso di effetti avversi, "beh, c'era la tua firma"? Dare attuazione alla legge sul consenso informato? Duplicare informazioni che dovrebbero già essere nel fascicolo sanitario elettronico di ciascuno, al sicuro dietro sistemi di autenticazione?"

► Lacune e paradossi

Quindi, al di là del caso limite presentato dal cittadino, i medici vaccinatori in genere non hanno potuto visualizzare i dati elettronici o i Fascicoli sanitari elettronici dei pazienti e hanno dovuto rischiosamente affidarsi a semplicistici fogli cartacei volanti.

Né è da tacere il paradosso per cui, con tante Regioni piene di dati elettronici dei loro cittadini, durante il Covid ai cittadini, per visualizzare il risultato di ogni tampone e ri-tampone, non è restato che telefonare o messaggiare al proprio Mmg, trasformato così in San Sebastiano in salsa telefonica.

► Spezzare le "catene"

Torniamo alla domanda iniziale: come possono andare in porto una seria "Convenzione" o una seria "Dipendenza" non-schiavistica, senza aver in maniera preliminare preso coscienza di queste catene telematiche? Non sarà con la dipendenza o con la nuova Convenzione che se ne esce.

Dobbiamo prima prendere coscienza della necessità di spezzare quelle catene telematiche e riprendere la strada dello spirito libertario degli anni '80 e '90: *Personal Computer* realmente *Personal*, rilancio delle cartelle computerizzate (con funzioni cliniche e di *audit* spesso restate al palo) e gestione molto stretta della Rete, al massimo tra gruppi di Mmg, e dopo riduzione massiva del ruolo di servi dei *server* e dei poteri telematici di "Altri".

Parafasando **Bob Dylan**: quante volte i Mmg, i sindacati e gli Ordini dei medici devono guardare in basso prima di accorgersi di queste crescenti e paralizzanti palle al piede?

Come riformare la convenzione e gli accordi decentrati con la Medicina Generale?

Questo è stato uno dei temi portati al centro delle giornate della Winter School 2022 di Napoli, organizzata da Motore Sanità e svoltasi di recente. Attraverso un confronto con altre realtà europee si è sottolineato che multidisciplinarietà delle azioni, riconoscimento dei giusti ruoli e sburocratizzazione dei processi sono chiavi di successo per ridisegnare lo studio medico, le forme associative e rispondere ai nuovi bisogni di salute

Il ruolo della Medicina Generale per la messa a terra del DM 71 sarà importante. È questo uno dei temi di punta affrontati nel corso della prima giornata della Winter School 2022 di Napoli, dal titolo *“Cambia la Sanità. Reinventare Processi, Ruoli e Competenze”*, organizzata da Motore Sanità, promossa e divulgata da Mondo Sanità e Dentro la Salute, realizzata con il contributo incondizionato di Gilead, Janssen Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson, AmavivA, Daiichi Sankyo, GSK, IBM, Sanofi, Angelini Pharma, Kyowa Kirin, Siemens Healthineers e Teva, nella sessione intitolata *“Riformare la convenzione e gli accordi con la medicina generale: ridisegnare lo studio medico e le forme associative per rispondere ai nuovi bisogni di salute”*.

► Che fare?

Per evitare che le Case di Comunità e gli ospedali di comunità si tramutino in ulteriori strutture costruite, ma scarsamente utilizzate, va rivisto l’impegno di tutti gli operatori coinvolti sotto la guida del distretto socio sanitario, storica proposta della 833 come punto di riferimento della salute del territorio anche in un’ottica *one he-*

alth. Risulta indispensabile quindi analizzare l’impegno della Medicina Generale nella proposta fatta propria dal Ministero della Salute confrontandola con altre realtà organizzative europee, che vanno dall’esperienza portoghese e spagnola tutta proiettata su un filtro e un’offerta valida ed efficace sul territorio, a realtà come quella francese e tedesca maggiormente orientate verso un’offerta ospedalocentrica. Entrambe risultano valide con luci e ombre, ma la realtà italiana della convenzione della medicina generale è unica essendo i medesimi liberi professionisti ma a remunerazione statale, non collimante con le realtà sopra citate. Se il problema della dipendenza può essere relativo, almeno per coloro già operanti nel Ssn, il chi fa chi e che cosa, l’impegno garantito e gli indicatori di risultato necessari sono fondamentali per un nuovo rapporto con la medicina generale che passa almeno attraverso una revisione della convenzione che ne disciplina gli accordi in essere.

Un intervento a tutto campo è stato quello di **Pietro Buono**, Dirigente Staff tecnico Operativo Salute Regione Campania, che va dalla comparazione dei sistemi

europei di formazione dei Medici di Medicina Generale, alla media europea degli assistiti per quella che ad oggi, dopo aver conosciuto il Covid-19 ed il tentativo di trasferire l’assistenza alla comunità, sembra essere la professione più stressata. Ma non solo, l’attenzione è rivolta ai modelli organizzativi per medici e pediatri (dipendenza o in alternativa l’accreditamento con requisiti precisi e circoscritti), alla riduzione dell’onere delle attività di basso valore, alla maggiore diffusione della cura di sé, alla forza lavoro ampliata e qualificata oltre che ai necessari investimenti in strutture fisiche, tecnologie, supplementi salariali in aree difficili e in collaborazioni con il mondo ospedaliero e della specialistica.

“Pnrr Missione Salute, Case di comunità, Centrali operative territoriali e Ospedali di comunità rappresentano ad oggi i pilastri della programmazione sanitaria e dell’offerta di salute per i cittadini - ha spiegato Buono -. Infrastrutture, reti e dotazioni tecnologiche sono le fondamenta su cui costruire i contenuti del Pnrr Salute. Le cifre sulla distribuzione delle infrastrutture attraverso i distretti ed in funzione dei bacini di utenza resta-

no ad ora *target* e *milestone*. Senza una riflessione profonda sugli attori si rischia di non dare voce, da un lato, ai bisogni di salute complessi e globali espressi dai cittadini e, dall'altro, al portato umano delle figure professionali coinvolte".

"Non si può - continua Pietro Buono - non considerare il lavoro multidisciplinare svolto durante la pandemia dalle figure emergenti dei farmacisti clinici e degli assistenti dei medici di medicina generale, dagli studi associati, dagli amministrativi, dagli assistenti sanitari, dagli ambiti sociali, dai terapisti della salute mentale e dal Terzo Settore. Un doveroso passaggio, infine, sull'importanza della 'dimensione' dell'infermiere, dimensione tecnica ma anche e soprattutto relazionale, educativa e riabilitativa. In definitiva, dal Pnrr ci si aspetta oltre che risorse finanziarie, opportunità contenutistiche dove le Case di comunità mantengano la connessione profonda della relazione medico-paziente, dove le Centrali Operative intreccino la tela della rete dell'assistenza sanitaria territoriale in maniera tecnologica, utile e semplice e dove gli Ospedali di Comunità rispondano alle esigenze di acuzie minori. Le chiavi di successo sono la multidisciplinarietà delle azioni, il riconoscimento dei giusti ruoli e la sburocratizzazione dei processi".

► Il ruolo unico della MG

Per **Marco Luca Caroli**, Coordinatore Nazionale Sisac - Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati, "ridisegnare presuppone l'esistenza di un sistema consolidato differente se non in antitesi con il modello che si vuole adottare, ma la fase che le regioni

stanno cominciando ad affrontare, a seguito della firma dell'Ipotesi di Accordo Collettivo Nazionale avvenuta il 20 gennaio ultimo scorso, è già di ripensamento del sistema in essere". "Sono convinto - ha aggiunto - che le regioni, nell'analizzare l'ipotesi di Accordo Collettivo Nazionale del 20 gennaio 2022 e conseguentemente nella individuazione di quelle che sono le strade di possibile applicazione del testo, possano trovare degli spunti e, perché no, soluzioni tecniche all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Nell'impianto del docu-

mento, attualmente in fase di approvazione, troviamo già gli elementi fondanti e caratterizzanti il Pnrr, mi riferisco in particolare al ruolo unico della medicina generale che include sia i medici a rapporto a ciclo di scelta che a rapporto orario, alle aggregazioni funzionali territoriali, alla partecipazione dei medici del ruolo unico alle unità complesse di cure primarie. Confido che il lavoro di studio che le regioni stanno svolgendo per applicare l'ipotesi di Accordo sarà tempo guadagnato sulla applicazione del nuovo modello erogativo".

Focus regionali: la Campania

Creare filiere di diagnosi, cura e riabilitazione con attenzione anche alla componente sociale e all'offerta al di fuori delle strutture previste dal Pnrr, in *primis* le farmacie di servizio. Collante delle varie e composite realtà sarà l'implementazione dell'uso della telemedicina e dell'ICT, tramite collaborazioni interregionali e la messa a terra definitiva dei Fascicoli Sanitari. Come rispondono le Regioni? Al momento sembra che la Campania risponda bene almeno per quanto concerne la messa in sistema della digitalizzazione. "In Campania c'è una messa in sistema della digitalizzazione della sanità importante - ha sottolineato **Enrico Coscioni**, Presidente Agenas e Consigliere del Presidente della Giunta Regionale per la Sanità, Regione Campania - . Sono stati finanziati 700 milioni di euro dal Pnrr, con l'obiettivo di avere 200mila persone in teleassistenza entro il 2024 di cui 20mila in Campania.

"La sanità per il domani vive un momento storico - ha spiegato **Antonio Postiglione**, Direttore Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema sanitario Regionale - . Sta cambiando su molti livelli e il processo di cambiamento che stiamo vivendo non può non richiedere un adeguamento delle norme per quanto riguarda il personale. Circa la medicina territoriale abbiamo una strutturazione della medicina convenzionata che conta oltre 3.800 medici di medicina generale, 900 pediatri di libera scelta che ci permette di arrivare a numeri importanti".

"Gli obiettivi della Regione Campania - ha sottolineato **Roberta Santaniello**, Ufficio di diretta collaborazione del Presidente Regione Campania - sono cambiate nel tempo, grazie al lavoro fatto in commissione salute. Realizzeremo 33 nuove strutture tra case di comunità ospedali di comunità e centrali operative". Resta però un problema di competenze come fa ben intuire Antonio D'Amore, Direttore Generale Asl Napoli 2 Nord: "Il problema della della sanità è stato proprio il suo modo di gestire la cronicità e il distretto diventerà centrale nella gestione delle cure, ma abbiamo dirigenti in grado di gestire i distretti?".

Medici di famiglia, non resta che associarsi

Le Regioni incalzano con la proposta di modificare l'atto di indirizzo per la Medicina Territoriale affinché venga declinata, in casi specifici, l'assunzione diretta dei Mmg.

Ma c'è chi delinea una terza via: l'obbligo ad associarsi

Obligo ad associarsi. Questa è la proposta avanzata attraverso lo studio Mercer in cui è stata elaborata una proposta di *policy* per la ridefinizione del ruolo dei Mmg nel contesto dei nuovi servizi sociosanitari territoriali. Lo studio Mercer, realizzato con il coordinamento dell'ex ministro del Welfare **Maurizio Sacconi** a cui hanno partecipato **Angelo Del Favero, Cristina Gasparri, Carlo Lucchina e Francesco Verbaro** evidenzia, dopo un'analisi dettagliata dell'attuale assetto delle cure primarie nel Ssn, come la scelta della dipendenza dei Mmg dal Ssn non risulti adeguata e appropriata in termini di costi e di efficientamento del servizio delle cure primarie.

La trasformazione dei medici di medicina generale, in dipendenti dei servizi sanitari regionali, secondo il documento avrebbe degli effetti dannosi in termini di diminuzione dell'assistenza al paziente, flessibilità organizzativa e maggiori costi. In particolare, si individuano dieci criticità:

1. minore partecipazione del paziente che perde libertà di scelta e rapporto fiduciario;
2. maggiori costi indotti nella massa salariale della dirigenza medica pubblica dall'ingresso massivo di professionisti che provengono da un assetto retributivo pubblico particolare e si confrontano con il reddito di altri colleghi che uniscono abitualmente prestazioni pubbliche e private;

3. rigidità contrattuali e di legge (ferie, permessi, assenze e sostituzioni) che determinano orari di reperibilità più limitati per gli utenti, alta inamovibilità, insindacabilità dell'operato e in particolare del rispetto degli *standard* di servizio previsti;

4. minore formazione continua dei pubblici dipendenti rispetto all'autoapprendimento dei liberi professionisti oltre agli obblighi formativi che possono essere disposti dalle convenzioni;

5. moltiplicazione degli operatori necessari dovuta ai vincoli sull'orario di lavoro;

6. maggiori difficoltà nel coordinamento con altri medici e nella mobilità verso il paziente;

7. impossibilità di garantire la stessa prossimità dello studio medico privato e i tempi di visita a domicilio per la necessaria concentrazione delle sedi pubbliche;

8. oneri più consistenti per la finanza pubblica in relazione ai costi delle strutture e degli strumenti, ora a carico dei professionisti;

9. quota di compenso collegata alla *performance* usualmente ridotta e poco incentivante nel lavoro pubblico;

10. certa insostenibilità finanziaria dell'Enpam, la cassa previdenziale dei medici che operano nella libera professione.

C'è bisogno invece di una drastica evoluzione della libera professione convenzionata che di fronte alle nuove responsabilità e opportunità di oggi e di domani deve or-

ganizzarsi in forme associate secondo il modello di cui all'art. 10 della legge 183/2011, già significativamente sperimentato da altre professioni che ha portato, anche attraverso adeguamenti dei regolamenti previdenziali delle singole Casse, a non perdere contribuzioni. Un esempio è dato dalle società operanti nel settore odontoiatrico che versano un contributo integrativo pari allo 0,5 % del fatturato annuo alla gestione «Quota B» del Fondo di previdenza generale, ai sensi della legge di bilancio per il 2018.

Al contrario, come già osservato, sarebbero davvero distruttivi dell'equilibrio finanziario gli effetti del trasferimento di una moltitudine di professionisti dall'Enpam (Gestione previdenziale dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e addetti ai servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale) alla Cassa specifica dell'Inps.

Secondo simulazioni realizzate da Enpam, il passaggio alla dipendenza dei Mmg e dei Pls genererebbe una voragine di ben 84 miliardi di euro nell'arco temporale di verifica della sostenibilità dell'Ente richiesta dalla vigente disciplina.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF dello Studio Mercer

Una medicina di prossimità diversa è possibile

È quello in cui crede l'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia che tra gli obiettivi ha quello di riportare la medicina di prossimità al centro del Ssn. Le Organizzazioni aderenti fanno proprie le proposte del Libro Azzurro, risultato di un lavoro di scrittura collettiva, promosso dalla "Campagna Primary Health Care: Now or Never"

Ripensare, valorizzare e riprogettare la medicina territoriale. È questo l'obiettivo di "Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia", organizzazione che si è presentata di recente a Roma nella sede della sede Nazionale delle Acli, nel corso di un incontro con la stampa.

L'Alleanza nasce con l'intento di riportare al centro del Servizio Sanitario Nazionale la medicina di prossimità. Le Organizzazioni aderenti fanno proprie le proposte del Libro Azzurro, risultato di un lavoro di scrittura collettiva, promosso dalla "Campagna *Primary Health Care: Now or Never*". Alla sua stesura hanno partecipato operatori e cittadini provenienti da tutta Italia: medici, studenti, specialisti in salute pubblica, infermieri antropologi, psicologi, fisioterapisti, amministratori locali. Il "Libro Azzurro per la riforma delle Cure Primarie in Italia" è infatti il risultato di un lungo lavoro di scrittura collettiva e partecipata ed è parte di un processo di educazione permanente che vuole essere strumento di riflessione e cambiamento per il rinnovamento delle Cure Primarie in Italia. Le proposte emerse dal percorso partecipativo sono suddivise in sette sezioni tra loro strettamente connesse, che non hanno la pre-

tesa di essere esaustive, ma che vogliono essere aperte al dialogo. Ciascuna sezione parte dall'analisi dell'attuale, elencandone le principali criticità, per giungere alla stesura di alcune proposte che vanno poi adattate ai singoli contesti e ai singoli territori.

Le Organizzazioni ritengono che dopo la pandemia:

A sia necessaria una nuova visione complessiva del Servizio Socio-Sanitario nazionale, basato su Cure Primarie secondo l'approccio della *Primary Health Care* come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità;

B il rinnovamento di tutta l'assistenza primaria italiana rappresenti un obiettivo strategico e non più rinviabile;

C la riforma delle Cure Primarie in Italia possa iniziare ad attuarsi se richiesta e sostenuta da una "massa critica" di organizzazioni-enti-movimenti sensibili alla problematica che condividono le linee di rinnovamento fondamentali e siano alleate tra loro. Durante l'incontro è stato presentato il documento fondativo denominato "Proposte per la Riforma delle Cure Primarie in Italia", ecco i punti salienti:

1. Definire un'unica cornice istituzionale-organizzativa delle Cure Primarie.

- 2.** Sostenere le comunità locali perché generino salute e benessere.
- 3.** Territorializzare il Servizio Sociale e Sanitario.
- 4.** Organizzare il lavoro delle Cure Primarie in équipe interdisciplinari e in rete con il territorio e ospedale.
- 5.** Adottare metodologie che rendano i servizi costantemente e dinamicamente adeguati al contesto e alla domanda di salute.
- 6.** Dotare le Cure Primarie di professionisti adeguati in numero, composizione, formazione e forma contrattuale.

Le adesioni

Aderiscono all'Alleanza: Campagna *Primary Health Care Now or Never*; Associazione AIFeC - Infermieri di Famiglia e di Comunità; Associazione APRIRE - Assistenza Primaria In Rete; Associazione Prima la Comunità; Associazione Salute Diritto Fondamentale; CARD - Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto; EURIPA Italia - European Rural and Isolated Practitioners Association; Istituto Mario Negri; Movimento Giotto; Slow Medicine; Acli.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF del Libro Azzurro

I Mmg sono stati carenti nella gestione della pandemia?

Pur con i dovuti distinguo, quasi tutti gli osservatori convergono su un punto: la medicina del territorio e in particolare il lavoro svolto dai Mmg non è stato all'altezza del compito richiesto dalla diffusione del virus SARS-CoV-2. Ma è davvero così?

Luciano Tarquini - *Medico di medicina generale, Roma*

Il lavoro svolto dai medici di medicina generale (Mmg), secondo l'opinione pubblica e non solo, non è stato all'altezza del compito richiesto dall'emergenza pandemica. È veramente così?

Penso che innanzitutto occorra correggere alcune convinzioni fondate su erronee premesse, la prima: non si tiene conto che oltre il 90% dei casi Covid paucisintomatici sono stati diagnosticati, seguiti e trattati dai Mmg.

Certamente le drammatiche immagini dei Pronto soccorso e delle rianimazioni affollate, le quotidiane statistiche dei contagiati e dei decessi che hanno riempito i telegiornali per oltre due anni hanno contribuito alla convinzione che quella era l'unica realtà esistente. Di quanto avveniva altrove non c'era notizia perché sembrava una realtà meno drammatica e, quindi, meno necessaria da documentare, ignota e perciò pressoché inesistente. Eppure è una realtà che è esistita e di cui noi Mmg (a parte i primi mesi di sbandamento nel 2020) ci siamo fatti carico nella più completa solitudine e nel più totale silenzio. Ma c'è un altro dato che è sconosciuto ai più: la maggior parte dei medici morti in questa pandemia sono medici di medicina generale.

Se c'è stato un *deficit* della nostra professione nell'affrontare la pandemia non attiene alla generosità nell'impegno e nel volume di lavoro svolto, come qualcuno ancora sostiene. Se c'è stata una deficienza è da attribuire alla qualità delle dia-

gnosi e delle terapie domiciliari offerte ai nostri pazienti. Ciò è solo in parte dovuto al ridotto numero di visite domiciliari, condizionate, come è noto, dalla necessità di disporre di mezzi di protezione individuali o di équipe mediche attrezzate. Solo un limitato numero di visite domiciliari è stato eseguito da specifiche unità e soltanto quando ritenute indispensabili, in pratica quando si trattava di valutare la necessità del ricovero ospedaliero.

Abbiamo dovuto affrontare una patologia nuova di fronte alla quale si procedeva a vista: le pubblicazioni scientifiche erano poche e quelle prodotte erano subito superate da nuove condizioni e nuovi quesiti cosicché risultavano "vecchie" il giorno successivo alla loro pubblicazione.

Ma quello che soprattutto è mancato è chi si prendesse la responsabilità di redigere, pubblicare e tenere costantemente aggiornate le informazioni validate di quel momento, ordinandole in una classificazione della patologia da Covid con le corrispettive terapie per ogni stadio, a partire da quelli iniziali che sono stati i più trascurati.

Nel complesso la comunità scientifica nazionale, che pure non ha disdegnato i *talk show* televisivi, non ha sentito la necessità di impegnarsi con serietà in un lavoro di produzione di tali linee guida che i medici avrebbero potuto consultare e con le quali si sarebbero potuti utilmente confrontare. È mancata anche l'offerta di un confronto diretto, di una collaborazio-

ne da parte degli ospedali o dei centri universitari attraverso numeri di telefono o *mail* dedicate, riservate ai medici, ove porre domande ed ottenere risposte. In sintesi, per una visione del Ssn, esclusivamente centrata sull'ospedale, non si è valorizzato una realtà di presenza capillare sul territorio degli studi di MG che avrebbe potuto fare la differenza nella gestione di questa pandemia.

► La mannaia burocratica

Al contrario, su un altro versante, il Ministero della salute, le Regioni - spesso in conflitto tra loro - e persino le Asl si sono prodigate nella produzione settimanale di un gran volume di decreti e di ordinanze che hanno costretto i medici di famiglia ad un *surplus* di lavoro burocratico, per il quale non sarebbe stata necessaria neanche una laurea, tantomeno una laurea in Medicina e Chirurgia. Aggiungo che tutto questo lavoro non sarebbe stato possibile svolgerlo giorno per giorno, persona per persona, al di fuori dell'attuale rapporto fiduciario medico-paziente. Medici dipendenti che avessero seguito a turno i vari casi clinici non avrebbero mai potuto assicurare una tale capillare assistenza sanitaria, che nel bene e nel male è stata comunque offerta. Di tutto questo si dovrebbe tener conto sia per i progetti di riforma della Medicina Generale che per la gestione di situazioni di "crisi sanitaria" che dovessero ripresentarsi in futuro.

Più di 19 miliardi di euro spesi in Italia in due anni di emergenza Covid

È la stima della spesa che ha dovuto sostenere il Paese in due anni di pandemia, ottenuta dagli esperti dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (Altems) della Facoltà di Economia dell'Università Cattolica che ha elaborato un Report di sintesi della risposta alla diffusione del virus, soffermandosi sui modelli istituzionali e organizzativi adottati dalle Regioni italiane

Due anni di pandemia, dal primo paziente italiano ai primi mesi del 2022, hanno determinato in Italia una spesa di 19 miliardi di euro; 11,5 miliardi di questi legati all'incremento della spesa sanitaria delle Regioni, 4,3 miliardi per l'acquisto di dispositivi di protezione (DPI), anticorpi monoclonali, fiale remdesivir, gel, siringhe, tamponi, ventilatori, monitor, *software*, voli, (acquisti direttamente gestiti dalla struttura commissariale dell'emergenza Covid), infine 3,2 miliardi di euro per l'acquisto dei vaccini. È la stima della spesa che ha dovuto sostenere il Paese in due anni di emergenza pandemica, dal paziente "1" di Codogno, messa a punto dagli esperti dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (Altems) della Facoltà di Economia dell'Università Cattolica, che ha elaborato un Report di sintesi della risposta alla diffusione del virus, soffermandosi sui modelli istituzionali e organizzativi adottati dalle Regioni italiane.

Dal rapporto si evince anche che in totale, indicativamente una persona su cinque (20,05%) in Italia è stata contagiata (il dato non tiene conto delle reinfezioni), con un valore massimo registrato dalla PA di Bolzano (33,9%), una persona su tre, e

un valore minimo registrato in Sardegna (9,7%), una persona su dieci. Inoltre si evidenzia come si è passati da una letalità (percentuale di vittime sul totale dei casi) del 15% (circa un paziente Covid-19 su 7) nella prima ondata pandemica; a una, riscontrata tra ottobre e novembre 2020, più bassa che si assestava intorno al 3%.

► Le ospedalizzazioni

Dall'inizio di gennaio 2022 si assiste ad un'ulteriore diminuzione nei valori di letalità grezza apparente, che la porta poco sopra l'1%.

Quanto alla mortalità (percentuale di deceduti sul totale della popolazione), era di 4,83 per 100 mila abitanti nella prima ondata, contro una mortalità di 1,29 per 100.000 nell'ultima. Mentre nella prima ondata, un paziente su due veniva gestito in ospedale (45% a livello nazionale), per le ondate successive, tutte le Regioni hanno notevolmente ridotto la quota dei pazienti ospedalizzati, optando per un modello di gestione prevalentemente territoriale (integrato dall'ospedale). Per la quarta ondata, la quota degli ospedalizzati nei casi (peraltro molto più numerosi rispetto a tutte le ondate precedenti) si è attestata poco sopra il 2,5%. Infatti, mentre nella prima ondata la quota

degli isolati a domicilio si muove circa tra il 35-85% dei casi, dalla fine della prima ondata in poi la quota degli isolati a domicilio si assesta intorno al 95% dei casi.

"La nostra serie - che aveva già visto un'edizione speciale dell'Instant Report a fine anno 2020 in prossimità dell'avvio della campagna vaccinale - viene presentata in forma diversa rispetto agli 85 Report precedenti - afferma il professor **Americo Cicchetti**, direttore dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi sanitari dell'Università Cattolica.

"Il Report è stato strutturato per fornire una sintesi di quanto accaduto negli ultimi 24 mesi fornendo una lettura complessiva degli eventi e delle modalità di risposta adottate dalle Regioni - continua Cicchetti - e beneficia delle analisi effettuate negli ultimi due anni dal gruppo di lavoro grazie a tre diversi set di indicatori che corrispondono al sistema di analisi applicato alle quattro ondate dell'epidemia".



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF con la sintesi del Report

La femminilizzazione della professione medica avanza

Le donne medico con meno di 70 anni, quindi potenzialmente in attività nell'ambito del Ssn, sono, seppur di stretta misura, più degli uomini. Ma la forbice si allarga man mano che si scende con l'età e nei prossimi cinque anni avverrà il 'sorpasso' vero e proprio. Ad affermarlo i dati elaborati, come ogni anno, in occasione dell'8 marzo, dal CED della FNOMCeO

Il Servizio Sanitario Nazionale si tinge sempre più di rosa. Le donne medico con meno di 70 anni, quindi potenzialmente in attività nell'ambito del Ssn sono, seppur di stretta misura, più degli uomini: 169.477 contro 163.515, il 50,9% del totale. Un sorpasso nei fatti, non ancora sulla carta: dei 403.515 iscritti agli albi dei medici, la maggioranza, vale a dire 219.986, il 54,5%, sono uomini. Erano il 55% l'anno scorso, quando le donne superavano gli uomini solo tra i medici con meno di 65 anni; il 56% nel 2020. Ad affermarlo, i dati elaborati, come ogni anno in occasione dell'8 marzo, dal CED della FNOMCeO, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

► Il fattore età

La forbice si allarga, a favore delle donne medico, man mano che si scende con l'età: se consideriamo i medici con meno di 65 anni sono il 55%, sotto i 50 anni sono addirittura il 60%. Analizzando i dati per fasce di età di 5 anni, le donne sono la prevalenza in tutte le fasce sino ai 54 anni compresi. Il picco numerico si ha tra i 35 e i 49 anni di età, dove le donne costituiscono il 62% del totale. Tra i 40 e i 44 anni, in particolare, quasi due medici su tre, e

precisamente il 64%, sono donne. La situazione tende a "normalizzarsi", anche se la prevalenza è sempre femminile, tra i nuovi iscritti: sotto i 30 anni "solo" il 56% dei medici è donna. È invece soprattutto nelle fasce di età più avanzate che gli uomini detengono una maggioranza schiacciante: ad oggi, tra i medici over 70, sono il 73%.

Del resto, quella della femminilizzazione della professione è una tematica moderna: appena cento anni fa, le donne medico erano circa duecento, per diventare 367 nel 1938. Medico fu però la prima donna a laurearsi nell'Italia unita: Ernestina Paper, originaria di Odessa, che discusse la sua tesi all'Università di Firenze nel 1877; seguita, l'anno dopo a Torino, da Maria Farné Velleda, seconda laureata d'Italia, sempre in Medicina.

Una femminilizzazione della professione medica, dunque, che diventerà ancora più evidente nei prossimi cinque anni, quando, secondo le proiezioni, avverrà il 'sorpasso' vero e proprio, anche sul totale dei medici. E che impone, anche in considerazione della crescente importanza delle professioni sanitarie e di cura legata alla pandemia di Covid-19 e alla cronicità, nuovi modelli organizzativi e sociali, oltre a un'at-

tenzione particolare alla sicurezza.

Garantire la sicurezza sui luoghi di lavoro. "Il 9% degli infortuni denunciati all'Inail tra gli operatori sanitari tra il 2015 e il 2019 sono casi di aggressione - spiega il Presidente della FNOMCeO, Filippo Anelli - e il 72,4% di questi episodi di violenza hanno riguardato le donne, con 7.858 casi contro 3.000. Dobbiamo fissare degli obiettivi semplici e ben definiti, che possano essere racchiusi in un documento, con l'obiettivo di prevenire le aggressioni negli ambienti di lavoro ma anche di studio".

Proprio con questo obiettivo nasce a Bari, presso la Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi Aldo Moro, il nuovo sportello del Centro Antiviolenza comunale, il quarto sportello universitario dopo i punti di ascolto inaugurati nell'Ateneo, nel dipartimento di Veterinaria e presso il Politecnico, a cura del centro finanziato dall'assessorato al Welfare e gestito dalla cooperativa Comunità San Francesco. Il Centro è finalizzato a garantire un servizio di informazione, accoglienza, ascolto e sostegno rivolto alle donne, studentesse e docenti del dipartimento. "Si consolida così - spiega Anelli - l'impegno delle istituzioni e del privato sociale nel con-

trasto alla violenza di genere che ha un impatto profondo sulla salute fisica e mentale delle donne che la subiscono e, considerando che, nel mondo, una donna su tre subisce violenza, è una vera e propria emergenza di sanità pubblica”.

Le proporzioni numeriche si invertono tra gli odontoiatri, che sono per la maggior parte uomini: quasi due su tre, e precisamente il 64%, se consideriamo gli iscritti al solo Albo Odontoiatri. E addirittura il 72% prendendo in esame anche i

doppi iscritti, che sono, cioè, sia medici che odontoiatri ma che, in prevalenza, esercitano la professione odontoiatrica. Anche tra gli odontoiatri le donne sono in rapida e costante crescita, circa di un punto percentuale l'anno, e, nelle fasce d'età più giovani, si registra una sostanziale parità.

Tra le Regioni, solo la Sardegna ha in prevalenza medici donna, che sono la maggioranza in tutti e quattro gli Ordini, Sassari Cagliari, Nuoro ed Oristano. Parità quasi

raggiunta, sempre tra i medici, anche in Piemonte, con una differenza a favore dei “dottori” di 900 iscritti, Lombardia, Emilia Romagna, Lazio, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Umbria, Marche, Abruzzo.

Dei 106 presidenti d'Ordine, 11 sono donna; 26 le vicepresidenti; 7 le presidenti delle Commissioni d'Albo Odontoiatri. Due le donne in comitato Centrale, Anna Maria Ferrari e Paola David. Due su quattro anche i Revisori: Maria Erminia Bottiglieri e Maria Teresa Gallea.

Ssn e il valore aggiunto delle donne

“La femminilizzazione della professione medica è un valore per tutto il sistema sanitario”. Questo il messaggio lanciato dall'Anao Assomed in occasione della festa delle donne.

“L'Italia e il suo Servizio Sanitario - ha sottolineato il sindacato in una nota stampa - sono, forse, fuori da uno stress test senza precedenti. Durante la pandemia le donne della sanità hanno pagato il prezzo più alto in termini di contagio, carichi di cura, peggioramento delle condizioni di lavoro per turni senza fine, burn-out fisico e psicologico, crescita della complessità e intensità assistenziale. Estranee ai luoghi dove si formavano le proposte strategiche, monche di una visione femminile, le donne sono state ovunque si faticava, non dove si comandava. La crescita della presenza femminile, però, non è supportata da reali progressi nella disponibilità di strumenti di conciliazione tra tempi di vita e di lavoro o di effettiva parità nelle carriere, che troppo risentono del peso del lavoro di cura, appaltato quasi per intero alla componente femminile. Anche nelle discipline in

cui è più elevata la quota di donne tra i medici, la loro presenza nelle posizioni apicali è molto bassa (Pediatría 10%, psichiatria 25%, Ginecologia e ostetricia 17%). In un mondo di donne, in sostanza, comanda sempre gli uomini”.

“Il punto più alto della crisi del Ssn, alimentata dalla fuga dei medici e da assetti istituzionali dominati dalle autonomie territoriali, coincide con una grande ondata femminile verso la professione di cura - precisa Anao-Assomed - abbandonata dagli uomini perché meno prestigiosa di un tempo, anche economicamente. Toccherà, perciò, alle donne riempire i vuoti delle corsie, realizzare il necessario recupero di autorevolezza della professione, portare la sanità pubblica fuori dalla crisi affermando una loro specificità dentro le trasformazioni necessarie. Occorrerà accelerare i tempi per rompere le numerose barriere nella quotidiana vita lavorativa, inserire obiettivi di genere in contratti di lavoro e modelli organizzativi ancora arroccati a vecchi paradigmi, realizzare modelli di cura attraversati dal pensiero della differenza. La strada è ancora lun-

ga. Al di là della retorica delle pari opportunità, servirà un welfare più favorevole, un cambiamento culturale che riconosca le competenze femminili, una migliore distribuzione dei carichi di lavoro familiari e, anche, una maggiore consapevolezza, da parte delle stesse donne, delle proprie capacità e dei propri diritti, ancora terreno di battaglia”.

“L'8 marzo 2022 deve diventare l'occasione per un rinnovato impegno delle organizzazioni professionali e sindacali dei medici, compresa l'Anao - conclude la nota - a cancellare ingiusti divari attraverso il superamento degli ostacoli della vita in corsia che frenano il decollo professionale delle donne, dal precariato ai percorsi di carriera, dal godimento dei congedi senza ricatti a condizioni di lavoro che rendano disponibile la moneta più preziosa in circolazione, cioè il tempo”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF “Iscritti FNOMCeO per fasce d'età, albo e sesso”

Romanticismo e rapporto medico paziente

Nell'articolo viene esaminata l'influenza di tale movimento culturale, letterario e artistico nell'evoluzione della relazione tra medico e paziente e se ne evidenziano gli aspetti ancora attuali

Stefano Alice¹, Artiola Islami², Fabiana Ciullo³, Giorgio Aimone Alice⁴

Nessun movimento culturale recente ha trasformato quanto il Romanticismo il pensiero e la vita del mondo occidentale, eppure la sua influenza sulla storia della medicina non è stata indagata.

Una disattenzione che colpisce, se la si paragona all'interesse suscitato dall'Illuminismo in reazione al quale il Romanticismo è nato in Germania al termine del XVIII secolo, per poi diffondersi in tutta Europa.

L'illuminismo, che sino ad allora rappresentava la più importante corrente culturale europea, pur presentando al suo interno numerose differenze, nel complesso si basava sulla fede nella ragione, sul convincimento che la natura umana rimanesse nel tempo sostanzialmente la stessa e sulla esistenza di fini umani universali, come la felicità, la libertà, l'eguaglianza e la fraternità, raggiungibili grazie ad un uso accorto della ragione. Grandi speranze, che finirono in delusioni atroci: i bagni di sangue della Rivoluzione francese, il Regime del Terrore, il dispotismo napoleonico, durato 12 anni, dei quali otto di guer-

re, che comportarono oltre tre milioni di militari caduti ed un milione e mezzo di vittime civili.

► Un'influenza culturale difficile da analizzare

Il Romanticismo rappresentò sul piano culturale la denuncia dei limiti della ragione con l'attribuzione di importanza all'irrazionale, alla fantasia, alle emozioni, alle passioni, ai sentimenti, ai sogni, al soggettivismo ed alla spiritualità a cui sul piano politico corrisposero il diffondersi del patriottismo nazionalista e dell'individualismo liberale. La letteratura, la filosofia, l'arte, la musica, ne furono investite, uscendone profondamente rinnovate.

Una delle difficoltà ad analizzarne l'influenza sulla medicina consiste nell'impossibilità di definirlo in maniera precisa ed univoca, giacché *"la letteratura sul Romanticismo è più vasta del Romanticismo stesso"* (Isaiah Berlin)

In medicina il XVIII ed il XIX secolo vedono, sotto il profilo teorico, lo scontro di due concezioni: il vitalismo ed il meccanicismo. Alla base del vitalismo c'è il convincimento che la materia vivente differisca da quella inanimata e che quindi il meccanicismo sia inadeguato a spiegare la vita e i fenomeni vitali; tra i vitalisti c'è chi si accontenta di evidenziare i limiti in tal senso di fi-

sica e chimica e chi invece sostiene l'esistenza di una vera e propria forza vitale (Georg Ernst Stahl, Xavier Bichat, Claude Bernard).

Il meccanicismo è ben spiegato da **Julien Offray** de La Mettrie per il quale l'uomo è una macchina, più precisamente lo paragona ad un orologio e proprio come un orologiaio sostiene debba agire il medico.

Alla diatriba tra vitalismo e meccanicismo è sottesa quella tra finalismo e determinismo, con il primo che sostiene non essere certo frutto del caso la perfezione degli esseri viventi ed il secondo che lo nega.

Il filosofo romantico, danese **Sören Kierkegaard** (1813-1855) da molti considerato uno dei padri dell'esistenzialismo, ci fa comprendere quali siano le ricadute sul rapporto tra medico e paziente di una concezione antropologica non meccanicistica, non meramente naturalistica, di una concezione che potremmo definire ermeneutica, perché tesa ad interpretare i pensieri ed il comportamento dei pazienti.

Secondo il filosofo danese l'uomo è sintesi di spirito, di mente e di corpo, è capace di agire liberamente ed in quanto tale differisce sia da una macchina che da un animale. Proprio dalla libertà di scelta nasce l'ansia, che nella sua visione è quindi un fattore costitutivo della natura umana.

¹Medicina generale, Genova

²Scuola di specializzazione in Medicina di emergenza-urgenza, Università di Genova

³Dottore in Scienze e Tecniche Psicologiche, Genova

⁴Corso di laurea in Fisioterapia Università di Genova

► Malattia e vissuto soggettivo

Non è improbabile che un medico, che abbraccia una siffatta concezione, tenda ad una prescrizione più ragionata e meno automatica di ansiolitici ed antidepressivi. Allo stesso modo il dare molta importanza alla riflessione e alla interpretazione, potrebbe portare il medico a valorizzare maggiormente la soggettività del paziente, cioè il modo in cui il paziente vive la sua malattia.

Del resto la nostra esperienza clinica quotidiana ci mostra quanto possa differire la sofferenza di persone che hanno ricevuto la stessa diagnosi o quanto possa essere difficile far impegnare nella cura un individuo che non si rende conto dell'importanza della sua situazione o, al contrario, quanto possa essere arduo dominare l'angoscia di un paziente, che percepisce come grave la sua condizione, anche se tale non è dal punto di vista biologico.

Scriva Kierkegaard: *"La via della riflessione oggettiva trasforma il soggetto in qualcosa di accidentale, e quindi riduce l'esistenza a qualcosa di indifferente, di evanescente. Allontanandosi dal soggetto, si finisce nella verità oggettiva e mentre il soggetto e la soggettività diventano indifferenti, lo diventa anche la verità, ed è questa precisamente la sua validità oggettiva, perché l'interesse si trova, come la decisione, nella soggettività. La via della riflessione oggettiva porta dunque al pensiero astratto, alla matematica, alla scienza storica di varie specie; essa allontana sempre dal soggetto, la cui esistenza o non esistenza, oggettivamente con ogni ragione, è infinitamente indifferente"*.

► Freud e Schopenhauer

Poche persone hanno influenzato il rapporto tra medico e paziente quanto **Sigmund Freud** (1856-1939) ed

il filosofo suo ispiratore **Arthur Schopenhauer** (1788-1860) e certamente è possibile ascrivere al Romanticismo l'importanza che essi danno, ai sentimenti, alle passioni, all'inconscio, all'irrazionale.

Nella sua opera *Il mondo come volontà e rappresentazione*, Schopenhauer spiega come gli esseri umani vivano un conflitto tra le esigenze della specie o della natura, che dir si voglia, che spingono noi tutti verso una irrazionale, cieca, volontà di vivere e le esigenze individuali, cioè quelle del nostro io, che non hanno nulla di oggettivo e nulla sono se non rappresentazione, cioè illusione, sogno. L'aggressività e la sessualità, secondo Schopenhauer, servono all'uomo proprio per assecondare le esigenze della specie.

È breve il passo da compiere per giungere di qui agli assunti freudiani secondo i quali esiste una vita psicologica inconscia e lo sviluppo psichico di noi tutti è caratterizzato dal conflitto tra le nostre pulsioni, i nostri desideri e i limiti che ci vengono posti dalla morale e dalla società.

Più in generale nei primi decenni del XIX sec., soprattutto in Germania molti medici diedero importanza clinica alla meditazione, all'introspezione, all'intuizione, alle ipotesi diagnostiche formulate a colpo d'occhio, alle sensazioni di allarme, alle premonizioni.

La critica al modello meccanico, l'importanza data alla soggettività e alle emozioni, ben si comprendono, se si considera che una delle caratteristiche fondanti del Romanticismo è l'esaltazione dell'individuo, unico, irripetibile, libero e disposto, se necessario, a contrapporsi titanicamente ai condizionamenti sociali ingiusti.

Nella letteratura romantica talora la malattia viene esaltata come negazione del consueto e di una

piatta normalità e per lo stesso motivo vengono posti in parallelo genio e follia.

Al Romanticismo si devono: l'importanza data al singolo malato, l'esaltazione della clinica soprattutto come ascolto del paziente, la valorizzazione della sua conoscenza di fondo e del suo *background* sociale e culturale, il superamento della visione asettica del resoconto scientifico, che riduce tutto a numeri e percentuali, l'attenzione per le sensazioni che il medico prova durante la visita. Al termine di questo breve *excursus* storico è opportuno chiedersi quali insegnamenti utili si possano trarre dal Romanticismo.

► Gli insegnamenti utili

Ci sembra evidente che, nonostante gli indubbi successi delle Scienze Mediche, l'assistenza sanitaria nel suo complesso sia sul banco degli imputati. Per medici, infermieri, fisioterapisti, per tutti gli esercenti le professioni sanitarie, nonché per gli operatori socio-sanitari è imperativo ridefinire le modalità di rapportarsi con le persone assistite, non certo rinunciando ai vantaggi offerti dalla tecnica, ma riscoprendo la compassione e trattando le persone come individui unici.

Per quanto riguarda i medici è, a nostro avviso, necessario ridare importanza ai clinici, cioè a coloro che più direttamente si relazionano con i pazienti, il cui ruolo ci sembra sia stato in questi anni eccessivamente mortificato, in favore di quello dei ricercatori e soprattutto dei manager.

BIBLIOGRAFIA

- Berlin, I. *Le radici del Romanticismo*, Adelphi, Milano 2001, p. 23
- Kierkegaard, S. *Briciole di filosofia e Postilla non scientifica*, Zanichelli, Bologna 1962, vol II, pag. 5

Il futuro della Medicina Generale è digitale

È fondamentale per il Mmg dotarsi degli strumenti digitali per affrontare lo tsunami amministrativo. Una nuova possibilità è l'agenda digitale di Doctolib in grado di sintetizzare la comunicazione medico-paziente in un unico canale

La pandemia da Covid-19 ha messo a dura prova i sistemi sanitari di tutti i Paesi, abbattendosi su di loro con la forza di un vero e proprio tsunami. In Italia, l'emergenza ha riguardato, soprattutto nelle fasi iniziali, il primo punto di contatto tra i pazienti e il Ssn, ossia i Mmg che rappresentano il 15% della classe medica italiana ed erogano il 65% delle visite.

Tra gennaio e marzo del 2020, da un'indagine condotta sui Mmg piemontesi è emerso che il 41% di loro non aveva dispositivi di protezione individuali e che quasi la metà (48%) non era stata informata adeguatamente su come tutelare le proprie famiglie. Secondo un'altra *survey* di Regione Lombardia, il 46% dei Mmg coinvolti nell'indagine ha avuto almeno un contatto con un paziente positivo tra gennaio e marzo 2020. "Ci siamo dovuti occupare della cronicità senza supporto specialistico - spiega il dottor **Luca Manganiello**, Mmg di Milano e coordinatore CRT - e della gestione dei pazienti Covid che non potevano recarsi in ospedale o in pronto soccorso".

Secondo i dati della Fimmg, i Mmg dedicano mediamente la metà del loro tempo ad attività amministrative o a comunicare con i pazienti attraverso i canali più disparati, compresi quelli personali. Calcolando che, in media, ogni Mmg si occupa di 1.250 assistiti, con un carico giornaliero di circa 50 pazienti che prendono contatto con il medico solo per la prescrizione di farmaci, risulta evidente l'insostenibilità

del sistema sul lungo termine e il pochissimo tempo residuo da dedicare esclusivamente al lavoro clinico.

Sono aumentati, infatti, tra i MMG, disturbi di tipo psicologico come sindrome da stress post traumatico, ansia, burnout e forme di depressione. La necessità di trovare una soluzione a tutto questo è diventata un'altra emergenza nell'emergenza. I processi di digitalizzazione del sistema sanitario già in atto hanno subito inevitabilmente una netta accelerazione per poter garantire, da una parte, continuità e accessibilità alle cure dei pazienti in un contesto di lockdown e distanziamento sociale, dall'altra la possibilità ai medici di svolgere il proprio lavoro in maniera sostenibile. I medici e i propri assistiti, quindi, si sono dovuti necessariamente confrontare con nuovi strumenti per poter interagire anche a distanza, sperimentando spazi virtuali di condivisione e comunicazione.

► Agenda digitale di Doctolib

In questo contesto, è stato e sarà fondamentale dotarsi degli strumenti digitali migliori per ridurre il carico amministrativo. Ad esempio, avvalendosi di un software in grado di sintetizzare la comunicazione medico-paziente in un unico canale, che permetta di gestire in maniera smart il flusso di richieste.

L'agenda digitale di Doctolib risponde a queste esigenze specifiche. Dispone, infatti, di un modulo integrato di messaggistica sicura, attraverso il quale rispondere alle richieste dei propri

pazienti garantendo continuità nelle cure, una gestione ottimizzata dei tempi e conformità con la normativa privacy. Attraverso il software, è possibile prenotare online 24/7 le proprie visite e quelle dei propri cari, ricevere tempestivamente i promemoria degli appuntamenti e le opportune notifiche in caso di spostamenti o cancellazioni. "Nella fase iniziale dell'emergenza c'era molta paura - spiega **Alberto Magni**, Mmg - I pazienti sono stati costretti a usare strumenti digitali. Lo hanno fatto gli assistiti della fascia di mezza età, imparando a richiedere farmaci online o registrandosi sulle piattaforme digitali. E lo hanno fatto i pazienti anziani, anche non direttamente, ma chiedendo aiuto ai caregiver o ai familiari".

"Tra 5 anni - sottolinea - mi immagino una partnership tra professionisti, istituzioni e aziende finalizzata a educare la popolazione alla corretta fruizione degli strumenti digitali che, se utilizzati correttamente, sono un valore aggiunto incredibile. Ogni volta che si immette nella società un nuovo strumento, deve esserci un parallelo progetto di educazione della popolazione al corretto utilizzo."



- <https://community.doctolib.com/t5/doctolib/medicina-generale-oltre-l-emergenza-soluzioni-digitali-per-un/ba-p/56532>
- www.osservatori.net/it/ricerche/osservatori-attivi/sanita-digitale

AGGIORNAMENTI



■ FARMACOLOGIA

Intolleranza alle statine, spesso effetto nocebo e “drucebo”

■ GASTROENTEROLOGIA

Nuove indicazione per la malattia da reflusso gastroesofageo

■ MEDICINA COMPLEMENTARE

“Dieta dei cinque sapori” nella medicina orientale

■ MEDICINA DI GENERE

Donne e profilo di rischio cardiovascolare genere correlato

■ PREVENZIONE

Attività fisica negli anziani: è meglio tardi che mai

■ VIROLOGIA

Trasmissione, sintomi e prevenzione della febbre di Lassa

■ FARMACOLOGIA

Intolleranza alle statine, spesso effetto nocebo e “drucebo”

Ben un paziente su due cessa l'assunzione di statine, riduce la dose o le assume irregolarmente perché ritiene che causino dolore muscolare e altri effetti collaterali. Ora, un nuovo studio su oltre quattro milioni di pazienti ha dimostrato che la vera prevalenza dell'intolleranza alle statine (SI) in tutto il mondo è compresa tra il 6% e il 10%. Gli autori della ricerca affermano che l'intolleranza alle statine è sovrastimata e sovra-diagnosticata, con il risultato che i pazienti sono a maggior rischio di complicanze CV e morte. Le statine sono tra i farmaci più comunemente prescritti, tuttavia, fino ad ora non era chiaro quale percentuale di persone sia veramente intollerante al farmaco, con rapporti incoerenti da studi randomizzati controllati e database che suggeriscono che potrebbe variare dal 5% al 50%.

► **Metanalisi**

Per conto della Lipid and Blood Pressure Meta-Analysis Collaboration e dell'International Lipid Expert Panel (ILEP), i ricercatori hanno effettuato una metanalisi di 176 studi con 4.143.517 pazienti in tutto il mondo. L'obiettivo era quello di identificare la prevalenza complessiva dell'intolleranza alle statine e la prevalenza secondo diversi criteri diagnostici. Volevano anche

identificare quali fattori potrebbero causare un maggior rischio di SI. Hanno scoperto che la prevalenza complessiva era del 9,1%. La prevalenza è stata ancora inferiore se valutata secondo i criteri diagnostici della National Lipid Association, dell'ILEP e della European Atherosclerosis Society: rispettivamente 7%, 6,7% e 5,9%.

Il Prof. Maciej Banach, alla guida della ricerca, ha dichiarato: “Questi risultati mostrano che nella maggior parte dei casi l'intolleranza alle statine è sovrastimata e sovra-diagnosticata e significa che circa il 93% dei pazienti in terapia con statine può essere trattato in modo efficace, con un'ottima tollerabilità e sicurezza. Dovremmo valutare i sintomi dei pazienti con molta attenzione, per vedere se i sintomi sono effettivamente causati dalle statine e per valutare se potrebbe essere la percezione dei pazienti che le statine siano dannose - effetto nocebo o drucebo - che potrebbe essere responsabile di oltre il 50% di tutti i sintomi, piuttosto che del farmaco stesso”.

La metanalisi ha evidenziato anche che persone anziane, di sesso femminile, di razza nera o asiatica, obese o affette da diabete, ghiandole tiroidee poco attive, insufficienza epatica o MRC, avevano

maggiori probabilità di essere intolleranti. Inoltre, aritmici, calcio-antagonisti, uso di alcol e dosi più elevate di statine sono stati associati a un rischio più elevato di SI. L'aumento del rischio variava dal 22% (alto consumo di alcol) al 48% (essendo femmina).

“È di fondamentale importanza conoscere questi fattori di rischio in modo da poter prevedere che un particolare paziente è a più alto rischio di SI. Quindi possiamo considerare in anticipo altri modi per trattarli per ridurre il rischio e migliorare l'aderenza al trattamento. Ciò potrebbe includere dosi più basse di statine, terapia di combinazione e uso di nuovi farmaci innovativi”.

► **Commento**

“Questi risultati mostrano chiaramente che i pazienti non devono aver paura della terapia con statine in quanto è molto ben tollerata fino al 93%, che è simile o addirittura migliore di altri farmaci di comune impiego. Dovremmo valutare attentamente i sintomi, valutando in dettaglio le storie mediche dei pazienti, quando sono comparsi i sintomi, i dettagli specifici del dolore, altri farmaci assunti e altre condizioni e fattori di rischio. Poi vedremo che le statine possono essere utilizzate in modo sicuro nella maggior parte dei pazienti” - ha affermato il Prof. Banach.

— **BIBLIOGRAFIA** —

- Ibadete Bytyçi et al. Prevalence of statin intolerance: a meta-analysis, *European Heart Journal* 2022; ehac015, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac015>

■ GASTROENTEROLOGIA

Nuove indicazioni per la malattia da reflusso gastroesofageo

Molto è cambiato, ma molto rimane uguale: la malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) continua ad essere tra le malattie più comuni osservate in Medicina Generale. Tuttavia, la comprensione delle varie presentazioni di malattia, dei miglioramenti nei test diagnostici e dell'approccio alla gestione del paziente si è evoluta negli ultimi anni, tant'è che l'*American College of Gastroenterology* ha aggiornato le sue linee guida per la diagnosi e la gestione della MRGE.

Ci sono raccomandazioni dettagliate e pratiche sull'approccio ai pazienti con MRGE tipica, quando sono indicati test del pH esofageo ambulatoriale e manometria, e discussione delle modifiche dello stile di vita e delle terapie mediche disponibili. Vengono inoltre discussi il workup di MRGE con sintomi esofagei extra e MRGE refrattaria, test diagnostici più recenti come il monitoraggio del reflusso faringeo e orofaringeo e test della pepsina salivare.

Una preoccupazione frequente per i pazienti con MRGE sono i potenziali effetti collaterali dell'uso a lungo termine degli inibitori della pompa protonica (PPI). Il messaggio finale che gli autori ribadiscono è che: "Gli IPP sono il trattamento medico più efficace per la malattia da reflusso gastroesofageo. Alcuni

studi osservazionali hanno identificato un'associazione tra l'uso a lungo termine di PPI e lo sviluppo di numerose condizioni avverse. Studi di alta qualità hanno evidenziato che gli IPP non aumentano significativamente il rischio di alcuna di queste condizioni ad eccezione delle infezioni intestinali. Per il trattamento della MRGE, i benefici consolidati degli IPP superano di gran lunga i loro rischi teorici".

Di seguito proponiamo una breve sintesi delle raccomandazioni dell'ACG.

► **Raccomandazioni di diagnosi e gestione**

- Per i pazienti con sintomi classici di MRGE (bruciore di stomaco e rigurgito) in assenza di altri sintomi allarmanti si consiglia terapia empirica di 8 settimane con PPI una volta al giorno prima di un pasto. Se i pazienti rispondono allo studio di 8 settimane, i medici dovrebbero tentare di interrompere gli IPP;
- dopo che gli IPP sono stati interrotti per 2-4 settimane, l'endoscopia diagnostica deve essere eseguita in pazienti i cui sintomi classici non rispondono adeguatamente allo studio di 8 settimane con PPI empirici;
- nei pazienti con dolore toracico senza bruciore di stomaco e che hanno avuto una valutazione ade-

guata per escludere le malattie cardiache, si raccomanda un test obiettivo per MRGE (endoscopia e/o monitoraggio del reflusso);

- una deglutizione di bario esclusivamente come test diagnostico per MRGE non è raccomandata;
- l'endoscopia è raccomandata come primo test per valutare i pazienti che presentano disfagia o altri sintomi allarmanti (perdita di peso e sanguinamento gastrointestinale) e per i pazienti con più fattori di rischio per l'esofago di Barrett;
- il monitoraggio del reflusso deve essere eseguito come *off therapy* per una diagnosi in pazienti per i quali si sospetta MRGE, ma l'endoscopia non ha mostrato evidenza di MRGE.
- nei pazienti per i quali la diagnosi di MRGE è sospetta ma non chiara, e l'endoscopia non mostra alcuna evidenza oggettiva di MRGE, si raccomanda di eseguire il monitoraggio del reflusso fuori dalla terapia per stabilire la diagnosi. Per migliorare i sintomi della MRGE è raccomandata la perdita di peso nei soggetti con sovrappeso o obesità, ma il "*trigger foods*" per i sintomi di MRGE dovrebbe essere evitato. Il paziente dovrebbe evitare di: consumare pasti entro 2 o 3 ore prima di coricarsi, usare prodotti del tabacco, dovrebbero alzare la testata del letto per alleviare i sintomi notturni.

BIBLIOGRAFIA

- Katz PO et al. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol* 2022; 117(1): 27-56.

■ MEDICINA COMPLEMENTARE

“Dieta dei cinque sapori” nella medicina orientale

■ **Cecilia Lucenti**

Medico agopuntore, Presidente AMI - Associazione Agopuntura Medica Integrata

La pandemia che ci stiamo lasciando alle spalle, ha portato un acuirsi delle problematiche psichiche e alimentari e ad una maggior consapevolezza di quanto ciascuno di noi sia portato a riversare il disagio fisico o psichico nella sfera alimentare. Parallelamente, la possibilità di dedicare una maggior attenzione alla preparazione del cibo, ha messo molte famiglie di fronte alla realtà di una alimentazione non consapevole, spesso tossica o comunque esagerata; abitudini alimentari sbagliate e spesso nessuna idea su come correggerle.

Se fino a pochi anni fa non c'era alcuna percezione dei problemi correlati alla cattiva alimentazione, oggi sono i pazienti a chiedere informazioni al medico che spesso si trova confuso dalle diverse teorie alimentari che cambiano come le mode. Ogni dieta comporta necessariamente una serie di possibili effetti negativi ed è difficile orientarsi per dare consigli che siano sempre validi e semplici.

La tradizione cinese ci viene in aiuto con una dieta estremamente efficace che consente ai pazienti di migliorare la loro dieta in modo semplice e sicuro: “La die-

ta dei Cinque Sapori”. Essa considera tutta la realtà, non solo il cibo, classificabile in cinque gruppi che ne denotano le caratteristiche principali, cinque sono gli organi, le stagioni (quattro più la mezza stagione) e i colori.

Procedendo per grandi associazioni, questo sistema correla le caratteristiche organolettiche al colore del cibo e all'organo che ne subirà maggiormente gli effetti in modo estremamente semplice. Il principio fondamentale è che un po' di sapore tonifica l'organo corrispondente, un eccesso di quel sapore finirà per distruggerlo; è infatti l'eccesso a portare conseguenze patologiche. Si associa il colore giallastro al sapore dolce e al pancreas, come in tutti i cereali e le patate; i cibi rossi al cuore come per i frutti rossi, antiossidanti ma anche vasomotori come il peperoncino; i cibi neri e salati al rene, nutrienti come i fagioli neri o le lenticchie ma a volte eccessivamente tonici come la liquirizia; i cibi bianchi come il rafano, l'aglio, la cipolla espettoranti e attivi sul sistema immunitario e sui polmoni; i cibi verdi di sapore acido al fegato perché ricchi di fibre e spesso con qualità coleretiche come il

carciofo. I diversi tipi di carne hanno diverse qualità nutrizionali e sono consigliati in base alla patologia e alle esigenze nutrizionali; con queste indicazioni sarà molto difficile equivocare una patata per un contorno dietetico.

Anche le diverse cotture e la temperatura a cui si mangiano i cibi nelle diverse stagioni contribuiscono ad una maggior digeribilità degli alimenti. Si consiglia di cominciare il pasto con un brodo caldo che migliora la digestione e sazia l'appetito. La stessa minestra diventa una medicina se opportunamente preparata con diversi alimenti o spezie e questo sistema di fitonutrizione è utilizzatissimo nell'automedicazione.

► **Ruolo dei grassi**

Dalla tradizione orientale deriva un altro consiglio fondamentale: non escludere mai i grassi dall'alimentazione. Dagli anni '80 è sembrato un *must* preferire gli zuccheri ai grassi e per decenni l'uovo è stato considerato più nocivo delle merendine; queste abitudini sono ancora oggi molto difficili da de-strutturare. La medicina orientale considera il grasso un tesoro per il nostro metabolismo: il *burro di ghee*, che contiene acido butirrico e acidi grassi a catena corta, è considerato un vero toccasana per tutte le malattie e viene utilizzato anche come vettore per i farmaci. Quanti integratori oggi lo contengono per contrastare le più svariate patologie digestive? Dalle saggezze antiche, quindi, consigli utili, efficaci e che non passano mai di moda.

■ **MEDICINA DI GENERE**

Donne e profilo di rischio cardiovascolare genere correlato

La ricerca sulla fisiopatologia sesso-correlata è aumentata negli ultimi due decenni, tuttavia le donne continuano ad essere meno studiate, meno rappresentate nei principali trial clinici, sotto diagnosticate, sotto trattate, con conseguente aumento di complicazioni e di mortalità. Questi aspetti sono emersi in tutta la loro importanza anche durante la pandemia da Covid-19, che ha mostrato sia durante la fase acuta dell'infezione sia nella fase successiva, differenze peculiari tra uomini e donne. Sono queste le premesse del congresso "Medicina di Genere" organizzato da ARCA (Associazioni Regionali Cardiologi Ambulatoriali), che si è tenuto a Venezia lo scorso febbraio.

"È un dato ben noto che uomini e donne non sono uguali in medicina. Si ammalano in modo diverso, di malattie differenti, non hanno gli stessi sintomi e rispondono in maniera dissimile alle terapie. Riconoscere e valorizzare queste differenze permette di fornire terapie più appropriate allo scopo di garantire a ogni persona la cura migliore, rafforzando il concetto di centralità del paziente e di personalizzazione delle cure" - afferma ad **M.D. Giovanni Battista Zito**, presidente di ARCA.

► **Indagine**

ARCA ha voluto indagare il grado di consapevolezza nelle donne attraverso la survey nazionale CARIN WOMEN (Cardiovascular Risk Awareness of Italian Women) somministrata tra febbraio 2020 e novembre 2021, a 5.590 donne. Sono emersi alcuni dati che dovrebbero essere oggetto di riflessione:

- solo il 15% ritiene che il rischio cardiovascolare sia maggiore nelle donne rispetto agli uomini, e ben il 27% pensa che il rischio sia inferiore;
- la maggior parte consuma frutta e verdura 1-2 volte/die invece delle 5 consigliate;
- le donne hanno maggiori difficoltà nel seguire corretti stili di vita: corrette abitudini alimentari (33%), attività fisica regolare (28%), abbandono del fumo (15%).

"Questi dati dimostrano come sia necessaria una maggiore informazione sui benefici di un'attività fisica regolare e sulla promozione di counselling per la disassuefazione da fumo di sigaretta - sottolinea Zito.

► **Studi più recenti**

Gli ultimi studi indicano che le donne presentano fattori di rischio specifici correlati al genere, come:

- alle donne basta fumare un terzo delle sigarette dell'uomo per essere esposta al medesimo livello di rischio;

- le malattie autoimmuni, più tipicamente femminili visto il ruolo immunostimolante degli estrogeni, possono essere associate a un maggior rischio di MCV, per lo stato di infiammazione cronica sistemica associato;
- la menopausa precoce (<45 anni) si associa ad un maggior rischio CV;
- la sindrome dell'ovaio policistico può compromettere la salute CV delle donne in età tra i 30 e 40 anni, che presentano un rischio più alto (del 19%), essendo più soggette a sovrappeso/obesità, ipertensione, diabete, dislipidemia e sindrome metabolica;
- in caso di gestosi e ipertensione gestazionale il rischio di MCV è raddoppiato entro 5-15 anni così come il rischio è quadruplicato per lo sviluppo di ipertensione arteriosa. Anche una storia di diabete in gravidanza può essere una spia di aumentato rischio di diabete ma anche di MCV;
- le donne che hanno avuto un tumore al seno presentano un rischio più alto di sviluppare MCV. Gli esami di screening possono altresì essere utili a evidenziare il rischio: la presenza di calcificazioni arteriose mammarie alla mammografia, seppur senza rilievo dal punto di vista oncologico, può invece segnalare la presenza di calcificazioni delle arterie coronariche.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Giovanni Battista Zito

■ PREVENZIONE

Attività fisica negli anziani: è meglio tardi che mai

L'attività fisica negli anziani è "meglio tardi che mai, ma meglio presto che tardi".

Venti minuti di esercizio quotidiano da moderato a vigoroso nella prima età avanzata (70-75 anni) possono meglio evitare le principali malattie cardiovascolari, compresa l'insufficienza cardiaca, nella tarda vecchiaia (>80 anni). Lo suggerisce una ricerca di **Claudio Barbiellini Amidei**, specialista in medicina preventiva, Università di Padova e del suo gruppo. I ricercatori hanno attinto ai dati del Progetto Veneto Anziani (ProVA), uno studio su 3.099 italiani di età ≥65 anni.

Le valutazioni iniziali (storia medica dettagliata, esame fisico, esami ematochimici, ecc) sono state effettuate tra il 1995 e il 1997, con due ulteriori valutazioni a 4 e a 7 anni a seguire.

All'inizio dello studio, le donne avevano maggiori probabilità rispetto agli uomini di avere più di 4 condizioni coesistenti, con una maggiore prevalenza di osteoartrite, osteoporosi e malattia renale cronica; BPCO e diabete erano più comuni tra gli uomini. I partecipanti hanno compilato questionari sui loro livelli di attività fisica. L'attività fisica moderata includeva passeggiate, bocce e pesca, l'attività fisica vigorosa includeva giardinaggio, allenamenti in palestra, ciclismo, danza e nuoto. Coloro la cui attività fisica ammontava fino a 20 o più minuti al giorno erano definiti attivi; inattivi chi

dedicava meno tempo all'attività fisica. Gli uomini avevano maggiori probabilità di essere fisicamente attivi rispetto alle donne. I cambiamenti nei modelli di attività fisica sono stati definiti come: stabile-basso (inattivo-inattivo); altamente decrescente (attivo-inattivo); basso aumento (inattivo-attivo); e stabile-alto (attivo-attivo). Sono state raccolte anche altre informazioni (reddito familiare, livello di istruzione, numero di membri della famiglia, fumo, assunzione di alcol).

La salute dei partecipanti è stata quindi monitorata attraverso il collegamento ai registri delle dimissioni ospedaliere e alla certificazione dei decessi fino alla fine di dicembre 2018. L'analisi finale ha incluso 2.754 partecipanti con dati completi, di cui 1.398 donne (60%). Durante il periodo di monitoraggio, sono state fatte 1.037 nuove diagnosi di malattie cardiache, insufficienza cardiaca e ictus.

► Risultati

L'aumento dei livelli di attività fisica e il mantenimento di uno stile di vita attivo nel tempo sono stati associati a minori rischi di malattie CV e morte in entrambi i sessi. La più grande riduzione del rischio è stata osservata per i nuovi casi di malattia coronarica e insufficienza cardiaca nella tarda vecchiaia. Non è stata osservata alcuna associazione significativa tra attività fisica e ictus.

La maggior parte dei partecipanti aveva modelli di attività fisica attiva stabili nel tempo. I modelli di attività fisica stabile-alta sono stati associati a un rischio significativamente (52%) inferiore di malattie CV tra gli uomini rispetto a quelli con modelli stabili-bassi. I maggiori benefici sembrano verificarsi all'età di 70 anni. Il rischio era solo marginalmente inferiore all'età di 75 anni e non inferiore all'età di 80-85 anni, suggerendo che migliorare l'attività fisica prima della vecchiaia potrebbe avere il massimo impatto. È stata anche osservata una curva a forma di J per la lunghezza dell'esercizio, con la più forte riduzione delle malattie CV e dell'insufficienza cardiaca associata a un periodo compreso tra 20 e 40 minuti di attività fisica da moderata a vigorosa ogni giorno.

► Conclusioni

In un editoriale collegato, Enrico Fabris e Gianfranco Sinagra dell'Università di Trieste, spiegano che "i meccanismi dettagliati con cui l'attività fisica può ridurre il rischio futuro di malattie CV rimangono non completamente compresi, ma l'effetto favorevole dell'attività fisica può essere semplicemente spiegato dalla sua capacità di rallentare il processo di aterosclerosi attraverso un migliore controllo della PA, del livello di glucosio e del profilo lipidico. Il movimento è medicina anche in tarda età. Anche una piccola quantità di attività fisica può conferire effetti benefici nelle persone anziane, ma se intrapreso presto piuttosto che tardi", concludono.

• Barbiellini Amidei C et al. Association of physical activity trajectories with major cardiovascular diseases in elderly people. *Heart* 2022, Epub ahead of print.

■ VIROLOGIA

Trasmissione, sintomi e prevenzione della febbre di Lassa

Recentemente è stato riportato dalla stampa che alcuni cittadini inglesi della stessa famiglia di ritorno da un viaggio in Africa occidentale si sono ammalati con un virus molto simile all'Ebola virus: si tratta della cosiddetta "febbre di Lassa", patologia emorragica virale che in diversi casi può portare ad emorragie interne ed interessare diversi distretti corporei, fino a rari casi di decessi. "È possibile presumere che non ci ritroveremo mai di fronte alla situazione che stiamo attualmente vivendo, quella del Covid 19 per intenderci" - si legge sul portale "Microbiologia Italia". Ma quali sono le caratteristiche dell'infezione?

L'agente eziologico è un virus a Rna appartenente alla famiglia degli *Arenaviridae*, diffuso prevalentemente in Africa, il cui serbatoio principale sono i roditori *Mastomys*. La malattia fa parte del gruppo delle febbri emorragiche virali (Fev), patologie di origine virale a carattere sistemico, ad esordio improvviso, acuto e spesso accompagnate da manifestazioni emorragiche. In generale, gli agenti responsabili sono virus a Rna (*arenavirus*, *bunyavirus*, *filovirus*, *flavivirus*), la cui sopravvivenza è garantita da serbatoi naturali come animali o insetti. I virus sono confinati geograficamente nelle aree dove vivono le specie ospiti.

► Modalità di trasmissione

Come per tutte le febbri emorragiche, gli uomini non sono serbatoi naturali per il virus, ma possono essere infettati attraverso il contatto con animali infetti o artropodi vettori. La febbre di Lassa è trasmessa dal contatto diretto con escreti di roditori o tramite aerosol di escreti e saliva dei roditori.

In alcuni casi, dopo la trasmissione accidentale, può avvenire la trasmissione da uomo a uomo, per contatto diretto con sangue, tessuti, secrezioni o escreti di persone infette, soprattutto in ambito familiare e nosocomiale.

► Sintomi, prevenzione e diagnosi

Nell'80% dei casi, la febbre di Lassa è una patologia lieve o addirittura asintomatica, ma può presentarsi come malattia sistemica grave nel restante 20%.

L'esordio della febbre di Lassa è graduale e il periodo di incubazione può arrivare anche a 3 settimane (contro una media di 1-9 giorni per le altre). I sintomi iniziali sono piuttosto generici: febbre, cefalea, mialgie, faringodinia con essudato tonsillare, disfagia, tosse secca, dolore toracico, crampi addominali, nausea, vomito e diarrea. Il peggioramento delle condizioni cliniche si manifesta con edema del volto e del collo, insufficienza

respiratoria, versamento pleurico e pericardico, proteinuria, encefalopatia, sanguinamento delle mucose. Ipotensione e shock si possono verificare indipendentemente dal sanguinamento. Durante la convalescenza si può manifestare ipoacusia. Il tasso di letalità complessivo è inferiore al 1%, mentre sale al 15-20% nei casi non trattati.

Nelle zone dove la malattia è endemica (principalmente in Africa occidentale), la prevenzione consiste essenzialmente nell'adozione di norme igieniche che riducano l'accesso dei roditori nelle case. Familiari e operatori sanitari dovrebbero evitare il più possibile il contatto con il sangue o altri fluidi corporei dei malati. La diagnosi si basa sull'identificazione del virus durante la fase acuta e successivamente sulla rilevazione della risposta immune.

► Trattamento

Per tutte le febbri emorragiche è necessaria una terapia di supporto che preveda il mantenimento della volemia e dell'equilibrio idroelettrolitico. Per controllare il sanguinamento si possono somministrare plasma, piastrine, sangue. Può essere utile una copertura antibiotica per la prevenzione di infezioni secondarie. Per il controllo dello shock è consigliabile la somministrazione di dopamina. Nel caso della febbre di Lassa è disponibile un trattamento antivirale specifico a base di ribavirina, in grado di ridurre la letalità se iniziato precocemente, anche se la sua efficacia non è stata dimostrata in maniera definitiva.

• Fonte: www.epicentro.iss.it

La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

Medico di famiglia - Venezia

Responsabile corso di Medicina di Famiglia, Università di Udine

Lunedì

- Ennio, simpatico settantacinquenne diabetico, sette mesi fa, viene a trovarmi, si sente fiacco. Alla visita è evidente un modesto ittero; gli esami, subito richiesti, invece mostrano una stasi biliare importante. Chiedo un ricovero urgente.

Viene dimesso dal reparto di medicina dopo pochi giorni con diagnosi di *"Ittero colestatico in stenosi del coledoco di n.d.d. del tratto terminale - papilla"*. Dopo una decina di giorni si ricontrolla la risonanza magnetica che mette in evidenza una dilatazione delle vie biliari a livello papillare e un difetto di riempimento endoluminale. Dopo un paio di settimane riesco a ricoverare Ennio in un reparto di chirurgia da dove viene dimesso, in attesa di intervento, dopo dieci giorni. Il tempo passa in attesa della chiamata dall'ospedale e dopo quattro mesi la nuova risonanza magnetica mette in luce l'evoluzione della malattia che ormai interessa tutto il coledoco, i linfonodi dell'ilo epatico e i periaortici. Dopo sette mesi dal sospetto diagnostico il paziente viene contattato dalla chirurgia e viene affidato all'oncologia per un ciclo di chemioterapia che a detta del chirurgo dovrebbe durare due mesi e sarebbe propedeutico all'intervento. Non so se questi mesi sono passati per i problemi ospedalieri legati alla pandemia di Covid-19, se sono trascorsi per problematiche organizzative e burocratiche o per il fatto che il paziente non è ricorso a consulenze private; so solo che Ennio, molto probabilmente mesi fa, aveva qualche possibilità di cavarsela, so che ora queste possibilità sono scarsissime. Con certezza so che qualcosa non funziona nel nostro sistema di erogazione delle cure.

- Un paziente che aveva appuntamento alle 10.30 è arrivato in studio un'ora dopo. Mi sono permesso di fargli notare il ritardo e che stavo visitando i pazienti che avevano appuntamento dopo di lui, gentilmente gli ho detto che avrei potuto dedicargli solo pochi minuti tra un paziente e l'altro per non procurare disagio agli altri. Ennesima scenata, imprecazioni e minacce.

Martedì

Han You, docente di divulgazione scientifica all'Università del Kansas ha pubblicato, per i tipi della *Columbia University Press*, un libro dal titolo *Mind Thief, The Story of Alzheimer's*. Ci ritrovo quello che la pratica quotidiana mi ha insegnato: l'assoluta inefficacia delle terapie che vengono prescritte per la demenza. La ricerca sulle demenze si è concentrata fin dagli anni '90 su tau e betamiloidi ignorando tutto il complesso di cause che predispongono e causano quella sindrome che noi chiamiamo malattia di Alzheimer. Un fallimento epocale, anche se si eliminano betamiloide e tau la sintomatologia non migliora. Già Alzheimer descrisse autopsie di pazienti dementi senza depositi cerebrali di betamiloide e tau e autopsie di pazienti senza alcun deficit intellettivo con depositi di proteine, per questo raccomandava grande prudenza nell'attribuire a questi depositi il deficit cognitivo. La mattina del 7 giugno 2021 la *Federal Food and Drug Administration* (FDA) ha comunicato che l'anticorpo aducanumab (anticorpo monoclonale per attaccare la proteina betamiloide) era ammesso per la cura dell'Alzheimer, alle ore 15 dello stesso giorno la rivista *Science* ha deplorato questa decisione presa

contro il parere, praticamente unanime, della commissione consultiva. Probabilmente seguirà un folto gruppo di molecole analoghe che invaderanno il mercato, bloccando la ricerca, illudendo i malati e perpetuando la convinzione che i depositi proteici siano la causa della malattia. E noi medici pratici che tutti i giorni viviamo il dramma di queste persone e delle loro famiglie dovremmo continuare a prescrivere terapie tanto costose quanto inutili proposte da "specialisti" dei "Centri per le Demenze".

Mercoledì

- Visito una signora che viene in studio per dolore all'orecchio. L'otoscopia mette in evidenza un'otite media purulenta, spiego alla paziente di cosa si tratta e prescrivo un antibiotico. La signora mi guarda e dice: "non mi manda da un medico?", "sono un medico" rispondo. "Sì, ma di base" replica fissandomi.
- Invio un paziente con lievi sintomi ad eseguire un tampone per il Covid. Il giorno seguente mi telefona la figlia con tono minaccioso e mi invita a richiedere il tampone a domicilio per il padre anziano e incapace di muoversi. Per non fare discussioni, ormai esausto, invio la richiesta di tampone a domicilio alla Centrale Operativa Territoriale che a sua volta attiva i medici USCA che si recano a casa del paziente che però è assente perché si è recato in auto al mercato.
- Nel 2021 ho ricevuto dai vari uffici della Azienda Sanitaria 577 email con infiniti allegati.

Giovedì

Ricevo dalla responsabile della U.O.C. Assistenza farmaceutica territoriale (gennaio 2022): per quanto riguarda il diabete "rimangono inalterate le modalità prescrittive, pertanto il medico di base potrà gestire *esclusivamente il rinnovo dei piani di cura per i pazienti non-insulino trattati...* in nessun caso è prevista la consegna/modifica del glucometro da parte del Medico di Medicina Generale".

E anche: "Il paracetamolo potrà essere erogato in regime di SSN ai pazienti che vengono dimessi da ricovero ospedaliero o a seguito di visita specialistica, in caso di dolore lieve, esclusivamente a fronte di specifica prescrizione medica da parte di specialisti operanti presso strutture pubbliche".

Non si alza una voce! Il diabete può essere gestito da uno smartphone ma non da un medico di famiglia che non può prescrivere nemmeno il paracetamolo se non ha l'autorizzazione di uno specialista pubblico. La distruzione della medicina generale italiana è ormai compiuta.

Venerdì

Giovane signora mi chiede di compilare un modulo assicurativo in cui mi si chiede di certificare che la paziente ha bisogno di un intervento di mastoplastica per una patologia importante. In realtà ha preso appuntamento per un intervento di chirurgia estetica di mastoplastica additiva.

Mi rifiuto di certificare il falso, se ne va imprevedendo dicendomi che cambierà medico.

Sabato

• Email: "Buongiorno, avrei bisogno di un'impegnativa per una prima visita per le cisti in testa, ne avevamo già fatta una, ma il medico che mi ha visitata non era di mio gradimento. Grazie." Perbacco, il Servizio Sanitario Nazionale deve offrire un ventaglio di medici in modo che il paziente possa scegliere quello di gradimento.

• "Se sua moglie continua ad avere dolori addominali nonostante la terapia è opportuno che venga a trovarmi. È meglio se la visito e se le faccio un'ecografia. Le dica di venire in studio domani pomeriggio". "Domani non so se posso accompagnarla, forse lavoro." "Se vuole fissiamo un appuntamento per dopodomani mattina." "Non so, forse lavoro. Andrebbe bene di sera." "Di sera vorrei smettere di lavorare anch'io, se possibile". Uscendo e sbattendo la porta: "Cambi mestiere dottore".

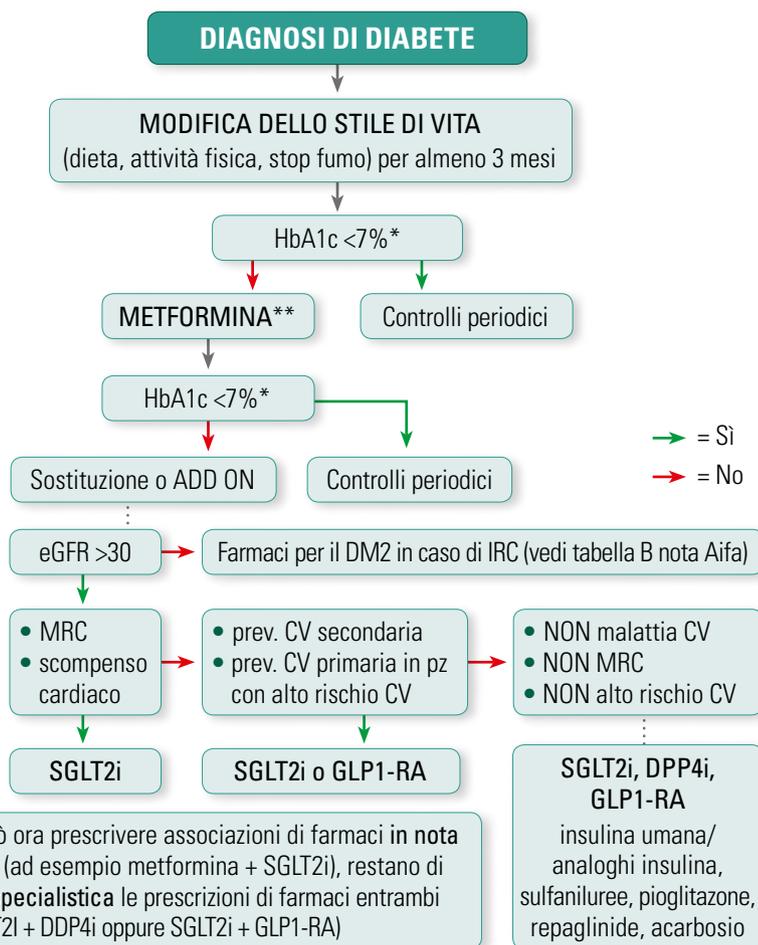
Nota 100: antidiabetici in Medicina Generale

A seguito dell'introduzione della nota il Mmg può prescrivere il miglior trattamento per il DT2 non più basato sulla sola correzione della glicemia, ma anche sulla prevenzione delle complicanze cardiovascolari e renali

Flow-chart esplicativa nota Aifa n. 100

FARMACI

- INIBITORI SGLT2:**
 canagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin, ertugliflozin
- AGONISTI RECETTORIALI GLP1:**
 dulaglutide, exenatide, exenatide LAR, liraglutide, lixisenatide, semaglutide orale, semaglutide sottocutanea
- INIBITORI DPP4:**
 alogliptin, linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin
- ASSOCIAZIONI PRECOSTITUITE:**
 canagliflozin/metformina, dapagliflozin/metformina, empagliflozin/metformina, empagliflozin/linagliptin, ertugliflozin/metformina, saxagliptin/dapagliflozin, degludec/liraglutide, glargine/lixisenatide, alogliptin/metformina, alogliptin/pioglitazone, linagliptin/metformina, saxagliptin/metformina, sitagliptin/metformina, vildagliptin/metformina



*HbA1c 7% = 53 mmol/mol. Valori <48 mmol/mol (6.5%) possono essere considerati in casi selezionati sulla base del giudizio clinico. In caso di utilizzo di farmaci associati a ipoglicemia è invece opportuno mantenere l'HbA1c intorno a 58 mmol/mol (7.5%)
 **a meno di controindicazioni o intolleranza alla metformina.

IL MMG può ora prescrivere associazioni di farmaci in nota e fuori nota (ad esempio metformina + SGLT2i), restano di pertinenza specialistica le prescrizioni di farmaci entrambi in nota (SGLT2i + DPP4i oppure SGLT2i + GLP1-RA)

ALTO RISCHIO CV

- presenza di danno vascolare aterosclerotico documentato (es. malattia coronarica multivasale o stenosi carotidea >50%);
- presenza di danno in un organo target;
- presenza di almeno 3 fattori di rischio CV (fra età >50 anni, ipertensione arteriosa, dislipidemia, obesità, fumo di sigaretta)

PREVENZIONE CV secondaria

- **malattia cardiovascolare:** cardiopatia ischemica, pregresso IMA, bypass aortocoronarico, angioplastica, procedura di rivascularizzazione coronarica;
- **malattia cerebrovascolare:** pregresso ictus o TIA, rivascularizzazione carotidea;
- arteriopatia periferica sintomatica

SGLT2i, GLP1-RA e DPP4i possono essere associati alla terapia insulinica, che rappresenta una opzione terapeutica in tutte le fasi del T2DM e rappresenta l'opzione di scelta per il trattamento dell'emergenza glicemica

(Flow-chart elaborata da Fimmg Formazione, fonte Aifa)

RICORDA!

- valutare HbA1c almeno 2 volte all'anno
- se variazioni terapeutiche o instabilità metabolica ricontrollare HbA1c a 3 mesi
- alla diagnosi inserire il paziente nel PDTA con gestione integrata tra servizio di diabetologia e medicina generale
- riduzione media dei livelli di HbA1c (valori assoluti):
0.4-0.8% con gli inibitori del SGLT2,
0.5-0.6% con gli inibitori del DPP4
0.5-1.5% con gli agonisti recettoriali del GLP1

SCHEDE DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE**1 - Scheda di prima prescrizione**

(allegato AIFA 1a)

Informazioni necessarie del paziente:

- peso, altezza, BMI
- HbA1c recente
- eGFR (CKD-EPI)
- albuminuria (se presente)
- paziente ad alto rischio CV o in prevenzione secondaria, presenza di MRC, scompenso cardiaco
- eventuali controindicazioni o intolleranze a SGLT2i, GLP1-RA, metformina

Definire:

- obiettivo di HbA1c
- farmaco e rispettiva posologia

La validità della prima prescrizione è di massimo 6 mesi

2 - Scheda di rinnovo della prescrizione

(allegato AIFA 1b)

Informazioni necessarie del paziente:

- peso, altezza, BMI
- comparsa di eventi avversi
- se terapia precedente non confermata: rischio CV, prevenzione CV, MRC, scompenso cardiaco
- HbA1c recente
- eGFR (CKD-EPI)
- controindicazioni o intolleranze a SGLT2i, GLP1-RA e metformina

Definire:

- obiettivo di HbA1c
- farmaco e rispettiva posologia

La validità del rinnovo è di massimo 12 mesi

► Considerazioni

La nota 100 va ben oltre la rimborsabilità dei farmaci, ma è stata ideata come un documento di indirizzo che consenta di individuare la scelta terapeutica più appropriata per il singolo paziente in rapporto alle sue caratteristiche, al quadro clinico generale e ai fattori di rischio che presenta. Con la sua introduzione un elevato numero di specialità medicinali anche in associazione potranno essere prescritte direttamente dal Mmg oltre che da specialisti del Ssn. Si tratta di un passaggio molto atteso e discusso da tempo, richiesto anche dalle associazioni di pazienti, che consentirà alla MG di acquisire un ruolo primario nella gestione integrata del diabete. Sarà così possibile al Mmg prescrivere il miglior trattamento possibile a tutti i pazienti con DT2 non più basato sulla sola correzione della glicemia, ma sulla prevenzione delle complicanze CV e renali che rappresentano importanti criticità. Recenti studi hanno infatti dimostrato che alcuni di questi farmaci (SGLT2i e GLP1-RA) possono ridurre il rischio CV (scompenso cardiaco, IMA, ictus, ecc.) e rallentare la progressione della nefropatia.

Rimane tuttavia la necessità di compilare un piano terapeutico che prevede la valutazione di alcuni parametri.

“La nota 100 richiederà che si realizzi la formazione da parte del Ssn, ma anche una reale interazione tra specialista e Mmg, specie sui casi più complessi, e la piena attuazione della gestione della cronicità in un contesto di PDTA condiviso - auspica **Walter Marrocco**, Responsabile scientifico Fimmg.

“Questi farmaci si sono inoltre dimostrati efficaci sull'evoluzione e sulle complicanze tipiche del diabete. Il piano terapeutico però deve diventare trasferibile nel fascicolo sanitario, in modo che i singoli attori possano dialogare sui dati del paziente, superando questa contraddizione in essere” - si augura **Silvestro Scotti**, Segretario nazionale Fimmg.

Plauso per la nota 100 anche da parte delle società scientifiche della diabetologia (AMD, SID), che pochi mesi fa hanno pubblicato le LG per la terapia del DM2. “Dal treat to target al treat to benefit; con l'avvento dei nuovi farmaci è cambiato il paradigma di cura. Se in precedenza il bersaglio era abbassare l'emoglobina glicata con farmaci a scarso impatto cardiovascolare, oggi possiamo trattare il diabete ma non solo, possiamo intervenire sulla prevenzione delle complicanze” - afferma **Graziano Di Cianni**, Presidente AMD.

Progressi in cardio-oncologia

Il danno cardiaco da terapia antineoplastica

L'incidenza del cancro nel mondo continua a crescere costantemente. Fortunatamente i progressi terapeutici hanno migliorato la prognosi dei tumori trasformandoli da malattia fatale a malattia cronica con prolungamento della sopravvivenza. Il miglioramento della sopravvivenza è stato attenuato però dall'insorgenza di cardiotoxicità acuta, subacuta e tardiva

a cura di: **Pasquale De Luca**¹

con la collaborazione di: **Antonio De Luca**², **Vito Sollazzo**², **Massimo Lombardi**³,
Marco Sperandio⁴, **Mario Benvenuto**⁵, **Angelo Benvenuto**¹

► Introduzione

La cardiotoxicità è una complicazione comune sia della radioterapia che di molti agenti antitumorali e questa rimane una limitazione importante ed ha un impatto molto forte e negativo sulla qualità della vita e sulla sopravvivenza globale. L'incidenza della cardiotoxicità è in continua crescita in considerazione del costante incremento del numero dei pazienti trattati con radioterapia, chemioterapici e farmaci biologici (spesso vengono impiegati in associazione e in dosi progressivamente crescenti e cumulative). La predisposizione allo sviluppo della cardiotoxicità è multifattoria-

le e può essere causata da un'interazione fra fattori ambientali e genetici. La familiarità per cardiopatia ischemica o scompenso cardiaco, l'età, il sesso, la dislipidemia, pregresse aritmie, disfunzione di base della contrattilità del ventricolo sinistro e terapie mediche preesistenti, sono correlati ad un rischio aggiuntivo di sviluppare cardiotoxicità.

Nelle donne occorre anche considerare lo stato pre- o post-menopausale come ulteriore fattore di rischio nello sviluppo dell'aterosclerosi per la mancanza dell'effetto protettivo ormonale.

La cardiotoxicità si può manifestare durante o dopo un breve periodo (giorni o settimane) dal trattamento, oppure si rende manifesta dopo un lungo arco di anni. L'attuale dimensione del problema non è ancora completamente nota poiché studi prospettici che valutano l'incidenza di disfunzione cardiaca sono disponibili solo per pochi farmaci (trastuzumab e lapatinib). La cardiotoxicità ha manifestazioni cliniche molto proteiformi: da anomalie sub-cliniche e asintomatiche ad alterazioni della funzione contrattile del ventricolo sinistro fino a fasi di

insufficienza cardiaca acuta o sindrome coronarica acuta.

Gli effetti negativi cardiovascolari si possono raggruppare in 5 categorie: 1) danno citotossico diretto del chemioterapico e disfunzione cardiaca sistolica associata; 2) ischemia miocardica; 3) aritmie (in particolare "torsioni di punta", allungamento tratto Q-T); 4) pericardite/miocardite; 5) anomalie della ripolarizzazione ventricolare.

Gli agenti antitumorali più comunemente correlati alla disfunzione contrattile sono: antracicline, anticorpi monoclonali, inibitori della tyrosine-kinase (TKIs), agenti alchilanti ed alfa-interferone. Gli analoghi delle purine, come il 5-Fluorouracile (5-FU), gli inibitori della topoisomerasi e gli antibiotici antitumorali possono causare ischemia miocardica acuta. Le aritmie cardiache sono correlate all'impiego delle antracicline ed altri agenti che possono causare sia ischemia miocardica che modificazioni metaboliche. Le pericarditi sono state frequentemente riscontrate nei pazienti trattati con ciclofosfamide, citarabina e bleomicina.

Le condizioni dello stato neoplasti-

¹ UOC Medicina Interna, Ospedale "T. Masselli-Mascia" S. Severo (FG)

² UOC Cardiologia-UTIC, Ospedale "T. Masselli-Mascia" S. Severo (FG)

³ UOS Oncologia Medica, Ospedale "T. Masselli-Mascia" S. Severo (FG)

⁴ UOC Medicina Interna, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" San Giovanni Rotondo (FG)

⁵ UOC Genetica Medica, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" San Giovanni Rotondo (FG) Dipartimento degli Studi Umanistici Università di Foggia

co di per sé sono associate ad ipercoagulabilità e l'aggiunta di un chemioterapico potrebbe generare un danno vascolare ed aumentare la trombogenicità locale. Gli inibitori della tyrosine-kinase (TKIs) sorafenib e sunitinib, con effetto antiangiogenico, generano ipertensione arteriosa e cardiotoxicità; il bevacizumab, anticorpo contro il fattore di crescita endoteliale (anti-Vascular Endothelial Growth Factor, VEGF) è associato ad ipertensione arteriosa, tromboembolismo, emorragia polmonare, edema polmonare o emorragie del tratto digestivo. La classe dei farmaci antiangiogenetici può anche causare cardiotoxicità, indicata da una riduzione della frazione d'eiezione del ventricolo sinistro, che nel lungo termine potrà evolvere nello scompenso cardiaco congestizio.

► Patogenesi e aspetti clinici

L'apparato cardiovascolare presenta numerose strutture che possono essere bersaglio dei chemioterapici: cardiomiociti con funzione contrattile ed attività elettrogenetica, pericardio, sistema di coagulazione e vasi. I farmaci con azione citostatica, come le antracicline, ciclofosfamide, taxani, fluorouracile, busulfano, cisplatino e bleomicina, generano un danno miocardico irreversibile poiché è dovuto alla miocitonecrosi (danno di tipo I). I nuovi antitumorali possono causare ipertensione arteriosa, aritmie, disfunzione ventricolare sinistra e scompenso cardiaco, ma la loro cardiotoxicità sembra essere reversibile e più benigna poiché è associata ad ibernazione e "stunning" delle cellule miocardiche (danno tipo II). Le antracicline causano un incremento del disordine miofibrillare, che è mediato dalla neuregulina I-beta. Inoltre, questi farmaci inducono l'apoptosi mito-

condriale e la produzione di radicali liberi, che sembrano rappresentare il principale meccanismo di cardiotoxicità. I radicali liberi causano un danno diretto alle proteine, ai lipidi e al DNA, mentre l'apoptosi dei miociti sembra dipendere dall'incremento dello stress ossidativo causato da questi processi.

Recentemente, è stato proposto che la doxorubicina possa causare cardiotoxicità tramite la sua interazione con la topoisomerasi II-beta. La cardiotoxicità potenziale delle antracicline è aumentata con l'associazione di trastuzumab. Il bersaglio dello trastuzumab, Erb2/HER2 (recettore del fattore di crescita epidermale, EGFR), è espresso sui cardiomiociti, dove esercita un effetto protettivo sulla funzione cardiaca. Sia i recettori HER che i loro ligandi sono presenti nel cuore e la loro attivazione crea una risposta ipertrofica cellulare. Non tutti gli agenti biologici che agiscono sulle proteine ERB producono un danno cardiaco. Il lapatinib, un inibitore della tyrosine-kinasi che blocca i recettori ErbB1 e ErbB2, risulta avere una cardiotoxicità limitata. Il 5-Fluorouracile (5-FU) esercita un effetto tossico diretto sull'endotelio vascolare che coinvolge la sintesi endoteliale dell'ossido nitrico (NO) e genera spasmo coronarico e vasocostrizione attraverso la proteina chinasi C. Le nuove generazioni di farmaci TKIs, come sorafenib e sunitinib, sono state correlate a cardiotoxicità diretta. È noto che il cancro genera uno stato protrombotico e il rischio di trombosi appare essere maggiore nei pazienti con metastasi e/o con fattori di rischio preesistenti. Inoltre, la chemioterapia può favorire la coagulazione ematica, che è il precursore degli eventi tromboembolici. Con l'impiego di agenti inibitori, a

largo spettro, dell'angiogenesi, come la talidomide e la lenalidomide, si sono registrati episodi di grave emorragia e tromboembolismo arterioso. Questi farmaci danneggiano la funzione o l'integrità dell'endotelio vascolare attivando così la cascata coagulativa. Il tromboembolismo venoso si è mostrato secondario all'impiego di agenti alchilanti, inibitori dell'angiogenesi e TKIs. In particolare, il cisplatino può attivare l'aggregazione piastrinica, aumenta la produzione di trombosano da parte delle piastrine ed attiva la via dell'acido arachidonico nelle piastrine.

I pazienti trattati con farmaci angiogenetici (bevacizumab, sorafenib, sunitinib) sviluppano frequentemente ipertensione arteriosa con un meccanismo non completamente chiaro, ma che potrebbe essere correlato all'inibizione VEGF che comporta una riduzione nella produzione di NO, nelle pareti delle arteriole, dovuta al blocco dell'attività della NO sintetasi. L'ossido nitrico è un vasodilatatore naturale, per cui il blocco della sua produzione genera vasocostrizione, aumenta le resistenze vascolari periferiche e conseguentemente la pressione arteriosa. Inoltre, la riduzione della NO-sintetasi endoteliale può stimolare la produzione dell'inibitore-1 attivato dal plasminogeno (PAI-1), aumentando il rischio di ipertensione arteriosa.

Numerosi agenti citostatici come cisplatino, ifosfamide, gemcitabine, melfalan, 5-FU, o etoposide, docetaxel, possono causare o favorire l'insorgenza di fibrillazione atriale (FA). L'infiammazione gioca un ruolo molto importante nella carcinogenesi e questo potrebbe spiegare una relazione tra questo fenomeno, la fibrillazione atriale e il cancro. Tra i pazienti con storia di cancro, il

18.3% aveva FA rispetto al 5.6% dei pazienti di controllo. Un incremento di PCR statisticamente significativo fu riscontrato sia nei pazienti con cancro che in quelli con FA. Tuttavia, non è stato dimostrato che il cancro rappresenti un fattore predittivo indipendente di FA. Infine, va ricordato che anche la radioterapia diretta al torace può provocare effetti indesiderati sul cuore (malattie del pericardio, fibrosi miocardica, problemi alle coronarie o alle valvole cardiache, aritmie).

► Conclusioni

La tossicità della terapia antitumorale è legata al meccanismo d'azione dei farmaci, alle dosi, alle modalità di somministrazione e a fattori quali condizioni cardiache, ereditarietà genetica ed età, e può manifestarsi subito o anche molti anni dopo il trattamento.

Tutti i pazienti candidati alla chemioterapia devono essere sottoposti ad una valutazione cardiologica molto dettagliata anche se solo un piccolo sottogruppo di questi potrà incorrere in complicanze cardiovascolari. L'identificazione precoce dei pazienti ad alto rischio permette infatti all'oncologo di pianificare una strategia terapeutica antineoplastica personalizzata.

L'elettrocardiogramma basale permette di rilevare anomalie della conduzione o della ripolarizzazione ventricolare, ipertrofia ventricolare. Con l'ecocardiogramma si valuta principalmente la frazione d'eiezione (FE) ventricolare sinistra, che rappresenta uno dei più importanti fattori predittivi della prognosi. Essa consente non solo di valutare con esattezza volumi e funzione sistolica biventricolare ma di aggiungere il dato della caratterizzazione tissutale, che potrebbe fornire ulteriori informazioni nella diagnosi pre-

coce della cardiotoxicità. La valutazione della contrattilità ventricolare è fondamentale prima di iniziare la chemioterapia e durante il monitoraggio terapeutico.

Sono inoltre utili i biomarkers come la troponina I e il BNP (B-Type Natriuretic Peptide) per individuare una cardiotoxicità in fase precoce e nel monitoraggio della terapia.

Tutti i pazienti sottoposti a terapia antitumorale devono essere trattati per ridurre i fattori di rischio cardiovascolare come l'ipertensione arteriosa, la dislipidemia, l'interruzione del fumo e modificazioni dello stile di vita.

I pazienti che presentano segni di scompenso cardiaco, vengono sottoposti a trattamento con ACE-inibitori/sartani e beta-bloccanti.

La profilassi e/o il trattamento del tromboembolismo, vengono attuati con adeguata terapia anticoagulante. Un follow-up cardiovascolare è necessario ogni 6-12 settimane duran-

te la terapia e poi a 3-6-12 mesi dopo la conclusione della chemioterapia.

I pazienti con tumore che ricevono chemioterapia o terapia molecolare mirata e che sono a rischio di sviluppare cardiotoxicità devono essere dunque trattati come i pazienti cardiopatici. Occorre standardizzare un approccio multidisciplinare per garantire un trattamento efficace sia del tumore che della cardiotoxicità. Per tali ragioni, una valutazione accurata della funzione cardiaca al basale, durante e dopo il trattamento farmacologico, è diventata un vero e proprio "medical need" per i pazienti oncologici: infatti, una corretta gestione di questa problematica ha dimostrato di prevenire la comparsa delle tossicità cardiologiche, di limitarne l'incidenza e di permetterne una gestione adeguata. In tal modo può essere garantita una corretta gestione della terapia antitumorale, con un miglioramento dell'outcome dei pazienti.

BIBLIOGRAFIA

- Armenian SH et al. Prevention and monitoring of cardiac dysfunction in survivors of adult cancers: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol* 2017; M35(8): 893-911.
- Curigliano G, Mayer EL, Burstein HJ et al. Cardiac toxicity from systemic cancer therapy: a comprehensive review. *Prog Cardiovasc Dis* 2010; 53(2): 94-104.
- Harbeck N, Ewer MS et al. Cardiovascular complications of conventional and targeted adjuvant breast cancer therapy. *Annals of Oncology* 2011; 22: 1250-8.
- Herrmann J. Adverse cardiac effects of cancer therapies: cardiotoxicity and arrhythmia. *Nat Rev Cardiol* 2020; 17(8): 474-502.
- Hong RA, Iimura T et al. Cardio-oncology/oncocardiology. *Clinical Cardiology* 2010; 33(12): 733-7.
- Lenihan DJ, Cardinale DM. Late cardiac effects of cancer treatment. *J Clin Oncol* 2012; 30: 3657-64.
- Raschi E, Vasina V et al. Anticancer drugs and cardiotoxicity: insights and perspectives in the era of targeted therapy. *Pharmacology & Therapeutics* 2010; 125(2): 196-218.
- Svoboda M, Poprach A et al. Cardiac toxicity of targeted therapies used in the treatment for solid tumors: a review. *Cardiovascular Toxicology* 2012; 12: 191-207.
- Tarantini L et al. Documento di consenso ANMCO/AICO/AIOM: Snodi clinico-gestionali in ambito cardioncologico. *G Ital Cardiol* 2017; 18(1): 14-66.
- Yeh ET, Bickford CL. Cardiovascular complications of cancer therapy: incidence, pathogenesis, diagnosis, and management. *J Am Coll Cardiol* 2009; 53(24): 2231-47.

Mmg e malattia renale cronica

Un apporto più significativo del Mmg nella individuazione e gestione del paziente con MRC è oggi possibile, anche con il supporto di strumenti informatici per far emergere il “sommerso”

La prevalenza della malattia renale cronica (MRC) nel nostro Paese è pari al 7%, coinvolgendo quindi circa 2-2,5 milioni di individui. Negli ultimi 10 anni i dati segnalano che gli ingressi in dialisi sono sostanzialmente rimasti invariati, con circa 45mila pazienti attualmente in trattamento dialitico. Inoltre, a differenza di altre patologie cronicodegenerative, la mortalità per MRC è in crescita a causa degli elevati numeri di DM2 e ipertensione. Da un'indagine dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi e dell'ISS è emerso che in Italia tra i pazienti affetti da MRC solo il 10% ne era consapevole. Questo impone una maggiore attenzione verso questa patologia e una stretta collaborazione tra Mmg e specialisti coinvolti, tanto più che oggi sono numerosi i farmaci disponibili per cambiare la storia naturale della malattia.

► Gestionali di far emergere il 'sommerso'

“Noi Mmg siamo coinvolti appieno nella prevenzione primaria, nella gestione e nel follow-up della MRC, in collaborazione con il nefrologo - afferma ad *M.D.* **Gaetano Piccinocchi**, Mmg di Napoli, consigliere SIMG e membro del tavolo ministeriale sulle linee di indirizzo per l'insufficienza renale cronica. Spesso i colleghi nefrologi lamentano che i pazienti giungono alla loro attenzione in una fase di malattia troppo avanzata, sollecitandoci a porre una particolare attenzione verso questi assistiti, in modo da intervenire in fa-

se precoce. Se è vero che oltre a fattori di rischio non modificabili, come per esempio l'età avanzata, la MRC è strettamente correlata ad altre patologie, in particolar modo ipertensione arteriosa e diabete, allora su pazienti diabetici e ipertesi spesso il nostro obiettivo primario è il raggiungimento del goal terapeutico per ricondurre nella norma i valori di PA o dell'emoglobina glicata. Può succedere che talvolta non si presti sufficiente attenzione alla funzionalità renale e certamente occorre focalizzarsi anche su questo aspetto per non rischiare una degenerazione verso la MRC. D'altro canto vero è che la gestione del paziente iperteso o diabetico è condivisa con il cardiologo e il diabetologo: questo vuol dire che probabilmente anche il collega specialista può perdere di vista l'aspetto nefrologico di questi pazienti”.

Proprio per superare queste criticità la Simg si è dotata di strumenti informatici che permettono nei gestionali di far emergere il 'sommerso' ed identificare rapidamente i pazienti con fattori di rischio.

“Consultando la cartella clinica di un paziente iperteso, diabetico e/o obeso nel momento in cui si prescrivono indagini diagnostiche, il programma calcola in automatico il valore del filtrato glomerulare, definendo l'eventuale grado di insufficienza renale. Questo sistema permette anche di praticare la cosiddetta medicina di iniziativa: il Mmg può valutare lo stadio di funzionalità renale tramite i valori presenti nel database e di conseguenza pianificare l'invio allo

specialista” - spiega Piccinocchi.

Una altra criticità della gestione della MRC è che il “Documento di indirizzo per la malattia renale cronica”: redatto alcuni anni fa era stato condiviso con le Regioni, sollecitandole all'attuazione di azioni mirate alla prevenzione della malattia, attraverso la programmazione di interventi di salute pubblica. “Come per altre patologie, a livello nazionale le iniziative non sono uniformi, con alcune Regioni che non hanno dato seguito alle linee di indirizzo, mentre altre si sono dotate di appositi PDTA, volti anche a strutturare il ruolo dei singoli attori coinvolti sia Mmg che specialisti”.

In questo contesto il confronto ha avuto anche l'obiettivo di chiarire le caratteristiche del paziente da inviare alla consulenza specialista, suggerendo che il momento più opportuno è lo stadio 3 (3a e 3b) con valore del volume del filtrato glomerulare di 45-59 ml/min. “È comunque fondamentale rendere più strutturata la collaborazione tra medicina territoriale e specialistica. L'obiettivo della MG è intercettare più precocemente possibile questi pazienti, anche attraverso il supporto delle nuove tecnologie informatiche, attivando poi la consulenza specialistica, volta alla gestione integrata di malattia - conclude Piccinocchi.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Gaetano Piccinocchi

Dolore toracico ed embolia polmonare

Una embolia polmonare può verificarsi indipendentemente da trombosi venosa profonda, come nel caso descritto, in cui la sintomatologia era aspecifica

Una donna di 75 anni si presenta dal suo medico di famiglia per un forte dolore alla costa destra. La paziente riferisce che il dolore è iniziato una settimana prima, dopo aver mangiato pollo fritto per cena, e che da allora si è esacerbato dopo i pasti, in posizione supina e facendo un profondo respiro inspiratorio. Riferisce che quel giorno il dolore si è irradiato anche alla spalla.

• **Anamnesi.** La paziente nega febbre, brividi, mancanza di respiro, nausea, vomito, stitichezza, diarrea o cambiamenti nel colore delle feci. Ha una storia di ipertensione in terapia con lisinopril 20 mg/die e ipercolesterolemia, in trattamento con simvastatina 10 mg/die. Usa una soluzione oftalmica di timololo per glaucoma.

• **Visita ambulatoriale.** Segni vitali stabili: 80 bpm, FR 16 respiri/min, SpO₂ 98% in aria ambiente. Alla palpazione addome libero; all'esame fisico non si rilevano anomalie. ECG nella norma. Si richiedono indagini di laboratorio.

• **Referti ematochimici.** Pannello metabolico, test della lipasi e esami di routine nella norma. D-dimero elevato: 2,66 mcg/L (intervallo normale <0,54 mcg/mL).

► Diagnosi

Sulla base dei risultati di laboratorio, in accordo con lo specialista di riferimento, si prescrive angio-TAC polmonare che evidenzia un'embolia polmonare segmentale e sottosegmentale destra.

La paziente è stata indirizzata al PS per un ulteriore monitoraggio dopo la conferma della TC.

► Terapia e decorso clinico

La donna è stata dimessa dopo essere stata ritenuta stabile e le viene prescritto apixaban 10 mg/die. 12 giorni dopo la paziente accusa un forte dolore al ginocchio: esegue una ecografia duplex venosa che non rileva TVP. Successivamente (3 mesi dopo) per dolore addominale in sede epigastrica e al fianco destro si sottopone a una TC dell'addome che rileva cistifellea normale senza calcoli visibili.

La terapia con apixaban è continuata per 3 mesi e interrotta dopo la discussione dei rischi e dei benefici della cessazione della terapia nell'impostazione di un normale D-dimero e delle linee guida dell'American College of Chest Physicians (CHEST) 2021 per l'anticoagulazione nel TEV.

► Approfondimento

L'embolia polmonare (EP) ha un tasso di mortalità significativamente elevato e può manifestarsi con segni aspecifici e mascherati. È necessario un alto indice di sospetto per posizionare l'EP nella diagnosi differenziale ed eseguire test appropriati. La paziente presentava una storia coerente con la colica biliare, ma con dolore toracico pleuritico che giustificava la considerazione di una EP. L'embolia polmonare condivide i meccanismi fisiopatologici con la trombosi venosa profonda (TVP) e insieme comprendono il tromboembolismo venoso (TEV). I fattori di rischio per TEV includono ipercoagulabilità, uso di estrogeni, malignità attiva e immobilizzazione. Il TEV non provocato si verifica in assenza di fattori di rischio

identificabili e comporta un rischio più elevato di recidiva. Circa il 50% dei pazienti con TVP ha un'embolia polmonare occulta e, in circa un terzo dei pazienti con embolie, è dimostrabile una TVP. Tuttavia, una letteratura sempre più copiosa, descrive anche embolie polmonari che possono verificarsi indipendentemente da TVP.

I sintomi comuni di EP includono tachicardia, tachipnea e dolore toracico pleuritico. Il dolore addominale è un sintomo raro descritto in alcuni casi clinici. Pertanto, è necessario un elevato sospetto clinico per la sua diagnosi. I criteri Wells sono un modello consolidato per la stratificazione del rischio dei pazienti che presentano un possibile TEV. Per i pazienti con bassa probabilità di pretest, come in questo caso, un D-dimero è un efficace work-up diagnostico, poiché un risultato negativo escluderà l'EP. Nel caso presentato se il D-dimero fosse stato negativo si sarebbero dovute considerare altre ipotesi (sindrome coronarica acuta, colica biliare, gastrite, pancreatite, dolore muscolo-scheletrico.) Per i pazienti ad alto rischio, devono essere eseguiti anticoagulazione e imaging immediati, spesso con eparina e angio-TC.

La durata del trattamento dipende dal sesso e dall'eziologia. Il trattamento fondamentale per i pazienti stabili con TEV è l'anticoagulazione terapeutica. I nuovi anticoagulanti orali, che inibiscono direttamente il fattore Xa o trombina, sono diventati sempre più popolari per la gestione del TEV.

• *Fam Pract* 2022; 70(8): 405-7.

• *Chest* 2021; S0012-3692(21)01506-3.

Demenza e continuità delle cure

I pazienti con demenza assistiti dal medico di famiglia hanno minor probabilità di presentare delirio e incontinenza e diminuiscono anche i ricoveri in emergenza

► Lo studio

I ricercatori hanno eseguito uno studio di coorte retrospettivo utilizzando cartelle cliniche anonime (dati provenienti dal Clinical Practice Research Datalink), di pazienti che vivono in Inghilterra, con un anno di follow-up. Sono stati inclusi 9.324 individui, tutti di età ≥ 65 anni, a cui era stata diagnosticata la demenza in qualsiasi momento prima della data di inizio dello studio (gennaio 2016). L'età media delle persone incluse era di 84,5 anni e il 67,5% erano donne. Oltre alla demenza, il 92,1% aveva almeno una comorbilità aggiuntiva, con il 55,7% che aveva tre o più condizioni aggiuntive. Tutti i pazienti avevano avuto almeno tre consultazioni dal 1° gennaio al 31 dicembre 2015 prima della data di inizio dello studio, e durante questo periodo i pazienti con demenza hanno avuto una media di 14,5 consultazioni da parte del Mmg. I partecipanti allo studio sono stati seguiti per una media di 327,2 giorni, con l'80,4% seguito per un massimo di un anno.

► Risultati

Per i pazienti con demenza che sono stati costantemente visti dallo stesso medico di famiglia nel corso di un anno, il team ha scoperto che in questa coorte sono stati somministrati meno farmaci e i pazienti avevano anche meno probabilità di ricevere farmaci associati a effetti avversi, come incontinenza, sonnolenza e cadute.

I pazienti avevano anche meno probabilità di ricevere farmaci che potessero interferire con altre terapie o peggiorare in altro modo i loro sintomi. Ad

Highlights

È stato da lungo riconosciuto che la continuità delle cure contribuisce a migliorare non solo le relazioni paziente-medico ma anche la qualità delle cure. In effetti, una minore continuità aumenta il rischio di una cattiva gestione dei farmaci e di peggiori risultati di salute, incluso un aumento della mortalità. Nello scenario attuale dell'organizzazione sanitaria certo colpisce un recente studio condotto dall'Università di Exeter, pubblicato sul *British Journal of General Practice*, che ha dimostrato che per i pazienti con demenza, la continuità delle cure genera molti benefici. I ricercatori hanno voluto studiare l'associazione tra la continuità delle cure in Medicina Generale e la prescrizione potenzialmente inappropriata e l'incidenza di esiti avversi per la salute nei pazienti con demenza. L'autore principale, João Delgado, ha dichiarato: "Il numero di persone con demenza è in costante aumento ed è ora una delle principali cause di morte nel Regno Unito. In assenza di una cura, l'assistenza a lungo termine è particolarmente importante. Trattare le persone con demenza può essere complesso, perché spesso si verifica in soggetti con altre patologie croniche".

esempio, il gruppo ad alta continuità, aveva anche meno probabilità di ricevere farmaci che causano stitichezza, un problema che aumenta il rischio di delirio negli anziani. Oppure i pazienti con incontinenza urinaria e ipertensione avevano meno probabilità di ricevere diuretici dell'ansa che possono esacerbare i sintomi dell'incontinenza.

Complessivamente, lo studio ha mostrato che le persone nel quartile più alto, quelle che avevano la più alta continuità di cura, avevano il 34,8%

di probabilità in meno di sviluppare delirio, il 57,9% di probabilità in meno di soffrire di incontinenza e il 9,7% di probabilità in meno di richiedere il ricovero di emergenza rispetto alle persone nel quartile più basso di continuità assistenziale.

► Commenti degli autori

"La nostra ricerca mostra che vedere lo stesso medico di famiglia in modo coerente nel tempo è associato a una migliore prescrizione sicura e a migliori risultati di salute. Ciò potrebbe avere importanti impatti sanitari, tra cui la riduzione dei costi di trattamento e delle esigenze di assistenza".

Gli autori hanno concluso che una maggiore continuità delle cure mediche per i pazienti con demenza era associata a "prescrizione più sicura e tassi più bassi di eventi avversi maggiori. Le evidenze mostrano che la continuità di cura è associata a importanti benefici per i pazienti, anche in termini miglioramenti dei trattamenti e i dei risultati. La pandemia ha messo i servizi di medicina generale sotto un'immensa pressione, quindi mentre potremmo non essere in grado di ottenere cure mediche coerenti per tutti coloro che soffrono di demenza in futuro, i responsabili politici dovrebbero assolutamente lavorare per migliorare i servizi di cura mentre emergiamo dalla pandemia".

BIBLIOGRAFIA

- Delgado J, Evans PH, Gray DP et al. Continuity of GP care for patients with dementia: impact on prescribing and the health of patients. *Br J Gen Pract* 2022; 72(715): e91-e98.

Inquinamento e mortalità da Covid

Il rischio di mortalità in pazienti ospedalizzati per Covid-19 è associato all'esposizione ad inquinamento atmosferico da biossido di azoto. Sono i risultati di uno studio italiano condotto con un approccio di epidemiologia clinica

Il rischio di mortalità in pazienti ricoverati per Covid è associato a esposizione a inquinamento atmosferico da biossido di azoto (NO₂). A dirlo uno studio italiano (*Nitrogen dioxide pollution increases vulnerability to COVID-19 through altered immune function. Environ Sci Pollut Res Int 2022, epub ahead of print*), primo autore **Agostino Di Ciaula**, Presidente del Comitato Scientifico dell'International Society of Doctors for Environment (ISDE Italia), intervistato da M.D.

► Materiale e metodi

Sono stati studiati 147 pazienti (età media 66,8±1,3 anni, età 31-99 anni, 93 maschi) provenienti da 10 città della Puglia tra cui Bari e provincia (Bitonto, Altamura, Casamassima, Modugno, Palo del Colle, Barletta, Andria, Molfetta, Monopoli). I pazienti sono stati ricoverati presso l'Unità di Medicina Interna COVID "A. Murri" del Grande Ospedale Regionale Policlinico di Bari, da marzo 2020 ad aprile 2021 per infezione acuta da SARS-CoV2 con polmonite. I pazienti sono stati sottoposti a una valutazione clinica completa e alla conta dei globuli bianchi lo stesso giorno del ricovero. I criteri di inclusione erano: polmonite acuta; nessuna necessità di ricovero in unità di TI; soggiorno nelle 2 settimane precedenti il ricovero in un'area urbana in cui erano presenti e atti-

ve stazioni di monitoraggio dell'aria, per valutare l'esposizione individuale a PM10 e NO₂. Nessuno dei pazienti ha ricevuto farmaci immunomodulanti prima del ricovero e sono stati esclusi i casi con malattie ematologiche note. Gli arruolati sono stati divisi in base all'esito clinico (dimissione domiciliare vs morte in ospedale) ed è stata esplorata la funzione immunitaria correlata ai linfociti come indice che potrebbe influenzare la vulnerabilità individuale all'infezione.

► Risultati

L'esposizione a NO₂, inquinante prodotto prevalentemente dal traffico veicolare e dal riscaldamento domestico alimentato da fonti fossili, nelle settimane precedenti il ricovero è risultato in grado di provocare alterazioni del sistema immunitario, di aumentare la vulnerabilità degli individui e di incrementare il rischio di mortalità in pazienti con polmonite da Covid, in maniera indipendente dall'età. Rispetto ai soggetti dimessi, i pazienti morti in ospedale presentavano neutrofilia, linfopenia, numero inferiore di cellule T CD45, CD3, CD4, CD16/56 + CD3 + e B CD19 + e precedente esposizione a NO₂ più elevata, ma non PM10. L'età e la precedente esposizione a NO₂ erano predittori indipendenti di mortalità. Le concentrazioni di NO₂ erano anche correlate

negativamente con il numero di cellule CD45, CD3 e CD4. La precedente esposizione a NO₂ è un cofattore che influenza in modo indipendente il rischio di mortalità negli individui infetti, attraverso effetti immunitari negativi. Linfopenia e sottopopolazioni linfocitarie alterate potrebbero precedere l'infezione virale a causa di fattori non modificabili (es. età) ed esterni (es. inquinamento atmosferico).

► Conclusioni

I risultati indicano sia l'esposizione a NO₂ che l'età anziana come cofattori rilevanti in grado di aumentare la vulnerabilità individuale all'infezione da SARS-CoV-2 attraverso l'immunosoppressione e l'aumento dell'infiammazione, portando a un risultato clinico peggiore.

Oltre al ruolo dei fattori immodificabili (es. età, comorbidità, fattori genetici), i dati suggeriscono che l'abbassamento del livello di inquinamento ambientale può aumentare la possibilità di un esito meno grave a seguito di un'infezione da SARS-CoV-2, in particolare in individui fragili come le persone anziane.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Agostino Di Ciaula

Up to date sui nutraceutici ipolipemizzanti

Non è semplice rimanere aggiornati sulle diverse categorie di nutraceutici ipolipemizzanti, sulla loro qualità, effetti, sicurezza, sulla possibilità di una loro combinazione. Un nuovo volume aiuta il medico a chiarire quali siano i principali nutraceutici con la maggiore evidenza ed efficacia clinica

Negli ultimi anni, i nutraceutici e gli alimenti funzionali hanno mostrato il loro ruolo come possibili terapie di supporto per abbassare la concentrazione di TC, LDL-C e Tg, in particolare nei soggetti ipercolesterolemici, i cui livelli di colesterolo sono moderatamente elevati (ad esempio TC = 200-240 mg/dL, LDL-C = 130-160 mg/dL, Tg = 150-200 mg/dL nei soggetti in prevenzione primaria di CVD), ma non abbastanza alti da richiedere un trattamento farmacologico.

Tuttavia, per il medico non è semplice rimanere aggiornato sulle diverse categorie di nutraceutici ipolipemizzanti, sulla loro qualità, effetti, sicurezza, sulla possibilità di una loro combinazione.

“Nutraceutici ipolipemizzanti. Aggiornamento sulle evidenze scientifiche” è il nuovo volume edito da Passoni Editore, con il patrocinio di FederSalus, elaborato da clinici italiani, tra i massimi esperti della materia, coordinati da Giuseppe Derosa, Dipartimento di Medicina Interna e Terapia Medica, Università di Pavia Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia. L'obiettivo di questo consenso è quello di chiarire, quali siano i principali nutraceutici con la maggiore evidenza ed efficacia clinica.

La consultazione del volume risulta agile e veloce per il medico: per ciascun nutraceutico, sono stati de-

scritti il principale meccanismo d'azione, i principi attivi, i dosaggi efficaci, le evidenze cliniche degli effetti sul profilo lipidico, gli effetti pleotropici e il profilo di sicurezza sulla base della letteratura più aggiornata.

L'effetto ipolipemizzante della maggior parte dei nutraceutici avviene infatti attraverso molteplici meccanismi; la possibilità di agire simultaneamente su più stadi del danno vascolare indotto dai lipidi li rende potenziali candidati per migliorare gli effetti ipolipemizzanti se usati in combinazione con dieta, farmaci o altri nutraceutici. Inoltre, i nutraceutici possono avere un gran numero di effetti pleotropici positivi, tra cui il miglioramento della disfunzione endoteliale e della rigidità arteriosa, nonché proprietà antinfiammatorie e antiossidanti. Inoltre, un numero relativamente ampio di dati epidemiologici e clinici supporta la tollerabilità e la sicurezza di molti nutraceutici con dimostrata azione ipolipemizzante nei pazienti intolleranti alle statine. Basta dare uno sguardo al sommario del volume per rendere interessante la lettura: scrive di inibitori naturali dell'assorbimento del colesterolo intestinale, inibitori della sintesi del colesterolo epatico, potenziatori dell'escrezione di LDL-C, ma anche di altri nutraceutici con meccanismi d'azione misti. Un ampio capitolo è dedicato alla combinazione di nutraceutici, e un altro ai

diversi nutraceutici in associazione con la terapia farmacologica.

“Gli studi che hanno valutato gli effetti di una vasta gamma di nutraceutici sono tutti concordi nel confermare la loro potenziale azione ipolipemizzante. È tuttavia importante sottolineare che i nutraceutici non possono sostituire la terapia ipolipemizzante tradizionale, ma utilizzati in associazione potrebbero ottimizzarla per esempio riducendo il rischio CV residuo” - si legge nelle conclusioni.

Per informazioni sul volume:
info@passonieditore.it





NUTRIENTI e SUPPLEMENTI

INFORMAZIONE QUALIFICATA DA FONTI QUALIFICATE



Il portale rivolto ai professionisti della salute.
Notizie aggiornate e qualificate su nutrizione e integrazione alimentare



RITMI CIRCADIANI, DIETA E STATO DI SALUTE



MALATTIE IMMUNOMEDIATE E VITAMINA D



MIRTILLI: EFFETTO PROTETTIVO SUL DIABETE



INTERAZIONI TRA CIBO E FARMACI IN NEFROLOGIA

Ritmi circadiani, dieta e stato di salute

Utile indagare il cronotipo nella prevenzione e nella gestione dei disturbi cardio-metabolici

■ Serotino o mattutino? Un gruppo di ricercatori, guidati da **Sofia Lotti**, nutrizionista presso il dipartimento di Medicina sperimentale e clinica dell'Università di Firenze, ha condotto una metanalisi (*Advances in Nutrition* 2022, 1: 269-81), tesa a fare il punto sul rapporto tra ritmi circadiani, dieta e stato di salute.

► Premesse

Negli ultimi anni l'interesse nei confronti della crono-nutrizione è aumentato notevolmente. Sempre più approcci dietetici tengono conto del *timing* dei pasti. Questo perché è ormai chiaro l'importante ruolo dei ritmi circadiani nella regolazione di numerosi processi fisiologici, tra cui il ciclo fame-sazietà. La manifestazione individuale dei ritmi circadiani viene definita come "cronotipo", che indica la predisposizione di una persona a essere maggiormente attiva in una specifica parte della giornata. I soggetti con cronotipo mattutino tendono ad alzarsi presto alla mattina e a essere più attivi nella prima par-

te della giornata, mentre i soggetti con cronotipo definito serotino prediligono la seconda parte della giornata. I soggetti con cronotipo serotino sembrano seguire peggiori abitudini alimentari e andare incontro più facilmente a varie patologie croniche, come quelle CV e oncologiche.

► Ricerca

La metanalisi ha studiato l'associazione tra cronotipo, intake energetico e stato di salute. Sono stati identificati 39 studi (37 di tipo cross-sectional e 2 di coorte, per un totale di 377.797 soggetti), che riportavano misure di associazione tra cronotipo, assunzione energetica, parametri antropometrici e biochimici e malattie croniche degenerative.

► Risultati

Non sono state riscontrate differenze significative tra i soggetti serotini e mattutini in termini di calorie assunte giornalmente, peso corporeo e percentuale di massa grassa. Tut-

tavia, i soggetti con cronotipo serotino mostravano un peggior profilo cardio-metabolico dovuto a livelli significativamente più elevati di glucosio a digiuno, emoglobina glicata, colesterolo Ldl e trigliceridi. Inoltre, abbiamo osservato nei soggetti serotini anche un rischio significativamente maggiore di diabete, cancro e depressione.

► Conclusioni

I risultati hanno evidenziato come i soggetti serotini siano associati a un maggior rischio di numerose patologie. Si ipotizza che la causa risieda nel disallineamento dei ritmi circadiani, ritardati di circa due-tre ore nei soggetti serotini rispetto ai soggetti mattutini. Questo fenomeno, conosciuto anche come *chronodisruption*, interrompe le naturali oscillazioni del metabolismo glucidico, lipidico e della proliferazione cellulare impattando inevitabilmente sulla salute. Dallo studio è emersa l'importanza di assecondare



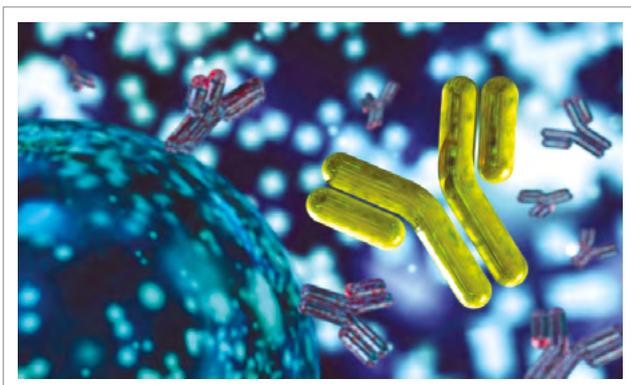
i ritmi biologici dell'organismo per assicurarci un buono stato di salute e per questo potrebbe rivelarsi utile iniziare a considerare il cronotipo individuale nelle strategie di prevenzione e trattamento dei disturbi cardio-metabolici.

Malattie immunomediate e vitamina D

Effetti immunomodulanti della vitamina D e le possibili implicazioni nelle malattie immunomediate

■ Una review condotta da clinici italiani raccogliere le principali evidenze sugli effetti immunomodulanti della vitamina D e le possibili implicazioni su comparsa ed evoluzione di malattie immunomediate (*Nutrients 2022, 14: 473*).

La review segnala un inequivocabile ruolo giocato dalla vit. D nell'artrite reumatoide, nella sclerosi sistemica e nel lupus. Meno chiaro l'effetto nell'artrite psoriasica e nella spondilite anchilosante. In generale i livelli sierici di 25(OH)D sembrano influenzare l'attività e la gravità di malattie reumatiche a base autoimmune, con potenziali effetti anche su determinati esiti clinici, mentre rimane da esplorare il ruolo nella patogenesi della malattia.



► Diabete

I pazienti diabetici risultano spesso carenti di vitamina D ed è bene raccomandare sempre un'adeguata integrazione per preservare la salute delle ossa, decisamente più fragile in questa fascia della popolazione.

► Covid-19

Almeno tre grandi trial randomizzati sono in fase avanzata, con due di questi che stanno producendo evidenze molto solide. È quindi possibile che in tempi ragionevolmente brevi si possa arrivare a una conferma del ruolo della vitamina D, e del colecalciferolo in particolare, come possibile supporto nella lotta a Sars-Cov-2.

► Conclusioni

In molte delle malattie prese in esame si osserva una riduzione generalizzata dei livelli circolanti di 25(OH)D. Il significato clinico e le ragioni alla base di questa evidenza non sono del tutto chiari, ma potrebbero essere correlati a minore disponibilità della proteina legante la vitamina D o a un possibile aumento dell'idrossilazione 1- α del 25(OH)D. Gli effetti positivi osservati con la supplementazione sembrano sicuramente più evidenti in caso di carenza, ma in molti studi a disposizione vi sono troppi bias. È anche arduo, tra l'altro, riconoscere il rapporto

causa-effetto, ovvero se è la malattia a determinare il deficit o viceversa. Rimane affascinante il tema della regolazione immunitaria da parte della vitamina D, che pre-

senta molti dati sperimentali da confermare in clinica. Siamo impazienti, perciò, di attendere i risultati dei diversi trial clinici in corso.

Mirtilli: effetto protettivo sul diabete

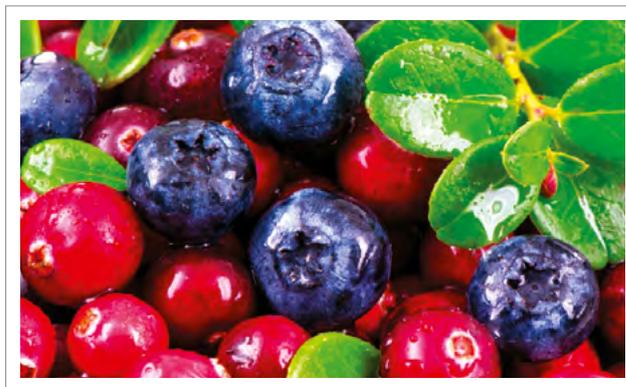
Ricchi di polifenoli i mirtilli stanno catturando l'attenzione in ambito diabetologico

■ Un gruppo di scienziati dell'Università di Pelotas ha preso in esame le evidenze disponibili per comprendere gli effetti di un consumo di mirtilli e mirtilli rossi su alcuni parametri glicemici in soggetti diabetici e non (*Nutrition, metabolism and cardiovascular diseases 2022; in press*). I criteri di inclusione per la review prevedevano studi clinici randomizzati e controllati che indagavano gli effetti di mirtillo o mirtillo rosso su alcuni parametri del DT2 (glicemia a digiuno, insulino-resistenza, emoglobina glicata). Sono stati selezionati e inclusi nella metanalisi 22 studi. Le conclusioni indicano come nei diabetici il consumo di mirtillo o mirtillo rosso abbia dimostrato di ridurre significativamente la glicemia a digiuno (-17,72 mg/dl) e l'emoglobina glicata (-0,32%) rispetto al placebo, mentre per l'insulino-resistenza gli effetti sono risultati nulli. I risultati non sono stati confermati, invece, nelle persone sane.

► Commento

La metanalisi è stata commentata da **Giuseppe Derosa**, responsabile del Centro universitario di diabetologia, malattie metaboliche e dislipidemie dell'Università di Pavia e responsabile Area diabete della Società italiana di nutriceutica. "Nella metanalisi sono stati considerati 993 pazienti con differenti caratteristiche (non diabetici, diabetici, con sindrome metabolica, in sovrappeso, con steatosi epatica, obesi o con cardiopatia ischemica). I ricercatori tentano di imputare alle proprietà antiossidanti e antinfiammato-

rie dei mirtilli l'azione sulla riduzione della glicemia a digiuno e sull'emoglobina glicata. Resta però oscuro il meccanismo che lega il mirtillo alla riduzione della glicemia. Dobbiamo considerare di fondamentale importanza che non si conosce ancora la grammatura della sostanza e, quindi, la standardizzazione. Potrebbe essere introdotta con i succhi di frutta o in compresse, medicalizzando di più tale nutraceutico? È bene che si diano queste risposte per chiarire ancora meglio se i diabetici in prima battuta e poi tutti i restanti pazienti o salutisti possano beneficiare del consiglio che proviene dal Brasile. Potrebbe essere l'ora di iniziare a studiare anche in Italia tali frutti per arricchire non solo le nostre conoscenze, ma anche per prevenire o sinergizzare con le terapie ipoglicemizzanti dei pazienti diabetici".



Interazioni tra cibo e farmaci in nefrologia

I rischi di interazione tra farmaci e stato nutrizionale nel paziente nefropatico

■ I farmaci possono influenzare il nostro stato nutrizionale, per esempio aumentando o riducendo l'appetito. Anche il cibo, però, può incidere su biodisponibilità, emivita e concentrazioni plasmatiche dei farmaci, con conseguente aumento del rischio di tossicità o fallimen-

to terapeutico. Al tema, è stata dedicata una review che si è concentrata sui pazienti nefropatici, popolazione estremamente delicata sia per il carico di farmaci di cui necessita, sia per le restrizioni dietetiche legate alla malattia (*Nutrients 2022, 14(1): 212*). A coordinare il lavoro,

Claudia D'Alessandro, nutrizionista presso l'Unità di Nefrologia, trapianto e dialisi del dipartimento di Medicina clinica e sperimentale dell'Università di Pisa, intervistata da N&S.

► Considerazioni

Nel nostro ambulatorio, ci occupiamo di pazienti affetti da diabete, insufficienza renale cronica in trattamento conservativo e sostitutivo, ovvero dialisi e trapianto, dove la terapia dietetico-nutrizionale svolge un ruolo fondamentale e il carico di farmaci assunti è significativo. Osserviamo la crescita delle richieste da parte dei pazienti di poter utilizzare prodotti erboristici anche in sostituzione della terapia farmacologica convenzionale.

► I rischi

Tra farmaci prescritti precocemente ai pazienti con MRC vanno annoverati gli Ace-inibitori e i sartani che, oltre all'effetto antipertensivo e anti-proteinurico, svolgono un'azione protettiva sul rene. Si tratta di farmaci "sensibili" al sale, per cui eccessivo consumo di quest'ultimo, piuttosto che di alimenti che lo contengono può ridurre l'efficacia del trattamento. Più nota è l'azione di componenti del pompelmo sui farmaci, e sono molti, metabolizzati da un'isoforma del Cit P450. Tra questi gli immunosoppressori.

Va ricordata l'interazione tra alimenti contenenti vitamina K e warfarin: in questo caso il numero di pazienti interessato è ancora più ampio.

Non possiamo non citare l'interazione tra gli aminoacidi della dieta e la dopamina, utilizzata nel trattamento per il morbo di Parkinson: competono per lo stesso recettore per cui assumere dopamina a ridosso di un pasto contenente alimenti fonti di proteine può ridurre l'assorbimento del principio attivo e ridurne significativamente l'effetto.

► Ruolo dei botanicals

I pazienti vedono questi prodotti come qualcosa di meno aggressivo e di più naturale rispetto al farmaco convenzionale per cui spesso chiedono di poterli sostituire

ai farmaci che stanno assumendo o, peggio ancora, li assumono senza chiedere un giudizio specialistico. Spesso i pazienti li assumono non comunicandolo ai medici perché li considerano prodotti naturali e ne trascurano il potere terapeutico o l'interferenza con altri farmaci. Un esempio è l'interazione tra erba di san Giovanni, o iperico, con i farmaci immunosoppressori.

► Principali avvertenze

I rischi principali sono due: da una parte, il farmaco, dopo aver agito, non viene inattivato per essere eliminato per cui i livelli ematici del principio attivo rimangono elevati, determinando un accumulo che può portare a tossicità; dall'altra, il farmaco, in seguito all'interazione con alimento/prodotto fitoterapico, non funziona per cui non abbiamo l'effetto atteso. Attenzione, però. Finora abbiamo parlato di come alimenti o fitoterapici possono agire sull'azione di un farmaco ma dobbiamo ricordare anche la situazione opposta: alcuni farmaci possono influenzare lo stato di nutrizione, per esempio aumentando l'appetito oppure riducendolo. Quindi, è di estrema importanza eseguire un'accurata anamnesi dei farmaci che il paziente assume, ma anche di integratori, prodotti erboristici, tisane, oli essenziali in modo da poter fornire indicazioni dietetiche appropriate al fine di prevenire interazioni che potrebbero influenzare l'azione di farmaci o lo stato di nutrizione.



Nutrientisupplementi.it è un progetto editoriale di iFarma Editore Srl, nato con l'obiettivo di favorire, presso gli operatori sanitari, una corretta e documentata informazione scientifica su ciò che riguarda l'ambito della nutrizione e dell'integrazione.

Direttore editoriale: Dario Passoni • **Direttore responsabile:** Nicola Miglino

Per ricevere gratuitamente la newsletter settimanale: www.nutrientisupplementi.it • info@nutrientisupplementi.it