

M.D.

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

Anno XXXII, numero 2 - 2025

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: Nicola Miglino - ISSN 1123 8631

IN QUESTO NUMERO

■ INDAGINI 9

Il Ssn peggiora, ma il medico di famiglia è un punto fermo per i cittadini

■ RIFLESSIONI 12

Medicina generale tra incertezza, confusione e progetti

■ FOCUS ON 23

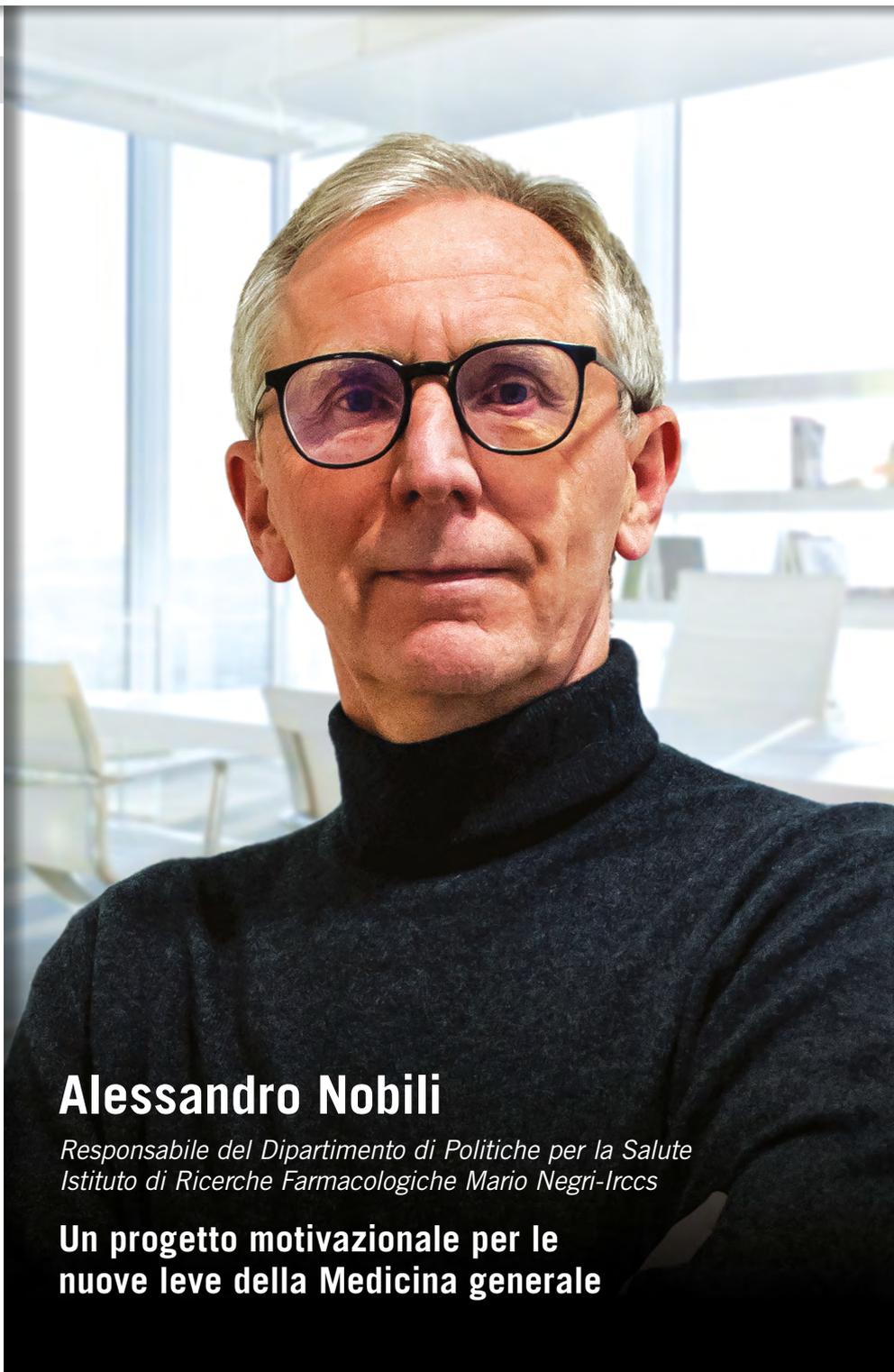
Antibiotico-resistenza: l'arginamento passa dalla medicina del territorio

■ PREVENZIONE 28

Sarcopenia: screening nel setting della Medicina Generale



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



Alessandro Nobili

*Responsabile del Dipartimento di Politiche per la Salute
Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri-Irccs*

Un progetto motivazionale per le nuove leve della Medicina generale

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXXII numero 2 marzo 2025

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

Direttore Editoriale

Dario Passoni

Direttore Responsabile

Nicola Miglino

Comitato di Consulenza di M.D.

Massimo Bisconcini, Claudio Borghi,
Nicola Dilillo, Giovanni Filocamo,
Massimo Galli, Mauro Marin, Carla Marzo

Redazione

Anna Sgritto (Caposervizio)
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Pubblicità

Giancarlo Confalonieri
Luana De Stefano
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: Sincronia - Legnano

In questo numero

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
Dipendenti o convenzionati? Dite la vostra 5
- **Intervista**
Un progetto motivazionale per le nuove leve della Medicina generale 6
- **Indagini**
Il Ssn peggiora, ma il medico di famiglia
è un punto fermo per i cittadini 9
- **Prospettive**
Cure primarie e tecnologia: affinare le competenze 10
- **Tribuna**
Premonizioni e perplessità sui Mmg al servizio del Ssn 11
- **Riflessioni**
Medicina generale tra incertezza, confusione e progetti 12
- **Relazione e cura**
L'errore medico e la sua comunicazione 14

CLINICA E TERAPIA

- **Management**
"I tuoi reni stanno bene?
Proteggi la salute renale con la diagnosi precoce" 17
- **Clinica**
Un'indagine sulla sessualità nel maschio anziano 20
- **Focus on**
L'arginamento dell'antibiotico-resistenza
passa dalla medicina del territorio 23
- **Linee guida**
Il supporto nutrizionale nel paziente oncologico:
le nuove linee guida Aiom 24
- **Terapia**
Polipillola e rischio cardiovascolare:
outcomes degli studi clinici e applicabilità nella pratica clinica 26
- **Prevenzione**
Sarcopenia: screening nel setting della Medicina Generale 28

Dipendenti o convenzionati? Dite la vostra

Dare spazio e voce ai medici di medicina generale per interpretare le esigenze di chi esercita la Medicina di Famiglia, questo è sempre stato l'obiettivo delle nostre pubblicazioni cartacee e digitali. Ed è proprio per questo motivo che non possiamo esimerci dal lanciare un sondaggio su di una questione che appare dirimente per il futuro della professione e che è fonte di acceso dibattito anche tra i medici di famiglia. Un dibattito complesso, che riflette le sfide di bilanciare efficienza, equità e qualità nell'assistenza sanitaria.

Delineare qual è il vero *sentiment* che accompagna la professione su questa svolta che i più hanno definito epocale, non è cosa facile. La categoria appare significativamente divisa su tale questione soprattutto a livello generazionale. Svolgere oggi il lavoro di Mmg è diventato quasi uno sforzo titanico per l'enorme carico di lavoro burocratico e non che grava sulle spalle di questi professionisti. E non è un caso che il corso di medicina generale quest'anno abbia avuto meno della metà dei posti banditi coperti, nessuno vuole più fare il medico di famiglia.

Motivo per cui i giovani medici di medicina generale appaiono infatti più propensi ad accettare la dipendenza perché, attraverso questa, avrebbero maggior accesso a svariate tutele che ad oggi non rientrano nel rapporto libero professionale parasubordinato che caratterizza la convenzione dei Mmg con il Ssn. Ferie, malattia, congedo genitoriale, ecc. sono dei 'lussi' che i Mmg possono permettersi solo a loro spese. Per non parlare poi della pressione fiscale. Attualmente i medici di medicina generale sono considerati degli 'imprenditori' soggetti ad una pressione fiscale significativa che tra Irpef ed Enpam arriva a intaccare quasi la metà degli emolumenti. Non è un caso, infatti, che da anni c'è chi chiede un regime fiscale agevolato per la categoria.

Ma premesso ciò, appare veramente riduttivo poter pensare che il cambio contrattuale rappresenti la panacea di tutti i mali che affliggono la medicina territoriale che, è il caso di sottolinearlo, è assurta agli onori della cronaca con la pandemia. Fino ad allora è stata marginale e non ha mai potuto contare su di una *real politic* che la mettesse al centro del Ssn, investendo su di essa con risorse adeguate.



<https://www.md-digital.it/sondaggio.html>

Attraverso il presente **QR-Code** con tablet/smartphone è possibile accedere al sondaggio





Un progetto motivazionale per le nuove leve della Medicina generale

La carenza dei medici di famiglia nel nostro Paese è oramai un fatto acclarato e sono sempre meno i giovani che scelgono di esercitare tale professione. Da questo dato di realtà è nato il Progetto dell'Istituto Mario Negri "MedicInRete - Formazione e Networking per le Cure Primarie", avviato nel 2024. Sui risultati del primo anno di esperienza e sulle prospettive future di questa iniziativa ne abbiamo parlato con Alessandro Nobili, coordinatore del progetto e responsabile del Dipartimento di politiche per la salute dell'Istituto

Anna Sgritto

All'appello, attualmente, mancherebbero oltre 5.500 medici di medicina generale (Mmg) e sempre più cittadini, in particolar modo nelle grandi Regioni, si ritrovano senza un medico di famiglia. A preoccupare è anche il fatto che, a fronte di migliaia di pensionamenti (tra il 2024 e il 2027 ben 7.345 Mmg raggiungeranno il limite di età per la pensione fissato a 70 anni, dati Fimmg), il numero di giovani medici che scelgono questa professione continua a diminuire. Nel 2024 infatti il 15% delle borse di studio per la Medicina generale non sono state assegnate, percentuale che in alcune Regioni raggiunge il 40%.

La professione di medico di medicina generale, svilita negli anni del suo ruolo di asse portante del Ssn, ha perso di attrattività, mentre l'invecchiamento della popolazione avanza e aumentano i bisogni di assistenza per le cronicità. In questo contesto si inserisce **il progetto 'MedicInRete - Formazione e Networ-**

king per le Cure Primarie', ideato dal Dipartimento di politiche per la salute dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri Ircss, con il sostegno della Fondazione Banca Popolare di Milano e in collaborazione con l'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie e la Campagna Phc Now or Never, avviato nel 2024. Degli obiettivi e dei risultati di questo primo anno di sperimentazione e degli sviluppi futuri, *M.D. Medicinae Doctor* ne ha parlato con **Alessandro Nobili** coordinatore del progetto e responsabile del Dipartimento di politiche per la salute dell'Istituto Mario Negri.

"Il nostro progetto - chiosa Alessandro Nobili - parte proprio da questi dati di realtà che delineano una professione sempre più ai margini del Ssn e sempre meno attrattiva per le nuove generazioni e intende fornire elementi per riorganizzare e riqualificare il ruolo professionale del medico di medicina generale con una visione multidisciplinare, intersettoriale e integra-



Alessandro Nobili Laureato in Medicina e Chirurgia, si è specializzato all'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri in Ricerca Clinica e Farmacoepidemiologica. Attualmente ricopre la carica di responsabile del Dipartimento di politiche per la salute nello stesso istituto. Ha fatto parte di diversi organismi regolatori nazionali e internazionali. È responsabile di vari progetti di ricerca nazionali e internazionali in ambito di sanità pubblica per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva e dei rischi connessi alle interazioni tra farmaci, in particolare nell'anziano con multi-morbilità e politerapia. È inoltre promotore e coordinatore di numerose attività di formazione per il personale sanitario nel settore della valutazione della qualità dei servizi, dell'appropriatezza prescrittiva e della valutazione del rischio iatrogeno. È autore di numerose pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali e nazionali peer-reviewed, di libri e capitoli di libri.

ta all'interno dell'assistenza territoriale, attraverso un percorso di formazione e *networking* che favorisca il confronto e la condivisione di esperienze virtuose esistenti, contribuendo così a sviluppare nuovi progetti nei diversi contesti in cui si svolge l'attività di Mmg. L'intento è proprio quello di formare e creare una rete di giovani medici per migliorare le cure primarie e contribuire a modelli più efficienti e centrati sul paziente. Motivo per cui, nell'ambito della nostra iniziativa, è stata attivata anche un'indagine online, SurForMed, sui bisogni formativi e sulle prospettive future dei medici del Corso di formazione in Medicina generale (Cfsmg) e della Scuola di specializzazione in Medicina di comunità e delle cure primarie (Ssmccp) a cui è stato rivolto il progetto MedicInRete”.



Quali sono stati i risultati del primo anno di sperimentazione?

“ I giovani medici in formazione coinvolti in questo primo anno sono stati 116, provenienti da diverse Regioni italiane. Attraverso 13 laboratori territoriali e con il supporto di 22 referenti regionali, i partecipanti hanno mappato 40 esperienze virtuose di *Primary Health Care* distribuite su tutto il territorio nazionale, evidenziandone potenzialità e criticità. Tra queste figurano sperimentazioni in Medicine di Gruppo e Case della Comunità, percorsi sviluppati in collaborazione con il Terzo settore e iniziative di promozione della salute rivolte a popolazioni marginalizzate. L'esperienza di questo primo anno di fatto ha mostrato che il cambiamento nelle cure e nell'assistenza territoriale non solo è possibile, ma necessario per garantire un sistema più equo e sostenibile. I partecipanti infatti hanno mostrato uno spiccato interesse nel potersi dedicare al lavoro di équipe e alla costruzione di percorsi condivisi con i colleghi e la comunità di riferimento ”.



Quali bisogni formativi sono stati espressi attraverso la survey nazionale 'SurForMed'?

“ La *survey* ha coinvolto 347 giovani medici in formazione (301 futuri Mmg e 46 futuri Mccp). I dati raccolti hanno rivelato un forte interesse per la medicina del territorio, accompagnato da bisogni formativi specifici e diverse visioni sul futuro professionale. I futuri medici di famiglia, per esempio, hanno espresso preoccupazioni per il sovraccarico lavorativo, la mancan-

za di tutele contrattuali e il rischio di *burnout*, mentre i giovani Medici di comunità e delle cure primarie guardano con maggiore fiducia al lavoro nelle Case e negli Ospedali di Comunità, chiedendo però un più chiaro riconoscimento delle loro competenze cliniche. L'indagine evidenzia, inoltre, un consenso diffuso sulla necessità di trasformare il Corso di formazione specifica in Medicina generale in una specializzazione universitaria per migliorarne la qualità e riconoscere un maggior valore al percorso formativo ”.



Il progetto proseguirà, come?

“ Questo percorso continuerà anche questo anno e, oltre a lavorare sui dati che sono stati prodotti sui bisogni formativi espressi attraverso la *survey*, cercheremo di definire delle progettualità mettendo insieme le esperienze prodotte. Attraverso degli incontri mirati, insieme ai partecipanti al progetto, metteremo a fuoco alcuni aspetti metodologici operativi su come si può strutturare un progetto, una proposta di assistenza territoriale. Il fine ultimo è proprio quello di motivare i giovani a essere protagonisti della loro futura professione attraverso proposte progettuali che noi cercheremo di sostenere, di aiutare anche nella fase di elaborazione per poi cercare di identificarne alcune da condividere con gli amministratori locali. In altre parole se c'è un buon progetto di un giovane medico da sviluppare, che abbia un'attenzione particolare ai bisogni di salute del territorio dove opera e delle comunità locali, cercheremo di sostenerlo ”.



Motivare e attenzionare i giovani medici sono il core della vostra iniziativa?

“ I giovani medici che oggi scelgono di esercitare la professione di medico di medicina generale sono un po' lasciati in balia degli eventi, non capiscono bene come devono confrontarsi anche con il nuovo panorama della riforma territoriale. Una riforma che di fatto apporta elementi innovativi in cui c'è una visione di come dovrebbero essere strutturate le cure territoriali per farsi carico della salute della comunità, attraverso una rete di collaborazione che riesca a contemplare quelli che sono anche i determinanti sociali ed economici della salute delle persone. C'è quindi la necessità di creare una rete di operatori che, a seconda delle competenze, innanzitutto valutino

quali siano i bisogni, poi definiscano dei percorsi di cura per poi interfacciarsi con le varie realtà sia territoriali sia ospedaliere. Un cambio di visione che, inevitabilmente, deve essere contemplata nelle scuole di formazione quindi nelle università. Non è un caso che il nostro progetto sia nato in collaborazione con la Campagna *Primary health care* e con l'Alleanza per la riforma delle cure primarie che ha utilizzato anche i contenuti e la visione del Libro azzurro ”.



Quindi c'è bisogno di un cambio di passo anche nel percorso di formazione?

“ Sì, non a caso il progetto 'MedicInRete' è stato rivolto sia ai Mmg che frequentano in Corso di formazione in Mg, sia ai giovani medici che hanno scelto di specializzarsi in Medicina di comunità e delle cure primarie. Questa dicotomia tra i due percorsi formativi non ha più senso visto lo sviluppo delle cure territoriali così come sono state delineate dalla Mission 6 del Pnrr e dal Dm 77. Serve una specialità universita-

ria unica in cui i medici del territorio abbiano la possibilità di esercitare anche come docenti ”.



La riforma delle cure territoriali non è più procrastinabile?

“ Non possiamo sprecare l'occasione che ci è stata data dal Pnrr e che, probabilmente, non si ripresenterà più. Se non cambiamo adesso la situazione delle cure primarie, difficilmente riusciremo a farlo e dovremo rendere conto ai cittadini di non aver modificato un sistema che in questo momento non è più in grado di rispondere ai bisogni complessi delle comunità. Bisogna quindi creare tutte le condizioni legislative economiche a supporto di questa riforma. Se i medici delle cure primarie andranno inseriti in un contesto dove si lavora in maniera integrata, dovranno essere messi in grado di poter scegliere la tipologia di rapporto con il Servizio sanitario nazionale. Soprattutto i giovani che, magari, non se la sentono di dover essere imprenditori di se stessi e preferirebbero avere un contratto di lavoro come dipendenti del Ssn ”.

LA CAMPAGNA PRIMARY HEALTH CARE: NOW OR NEVER

Secondo la *Comprehensive Primary health care (C-Phc)*, la sostenibilità dei sistemi sanitari universalistici nei periodi di transizione epidemiologica, demografica e sociale, come quello che stiamo vivendo, richiede una radicale trasformazione del modello assistenziale con il coinvolgimento attivo della comunità in una prospettiva integrata, multi-professionale e multi-settoriale, attraverso un modello di Cure Primarie collaborativo e partecipato centrato sul paziente e sulle sue reti familiari o di relazioni prossimali.

La Campagna **Phc: Now or Never** è stata avviata nel 2018 ed è stata promossa da un gruppo indipendente di operatori provenienti da tutta Italia appassionati alle tematiche di salute aperti a contaminazioni e coinvolgimento di tutti coloro che si ritrovano nell'approccio della *Comprehensive Primary health care* o che vogliono approfondirlo: giovani medici di

medicina generale e continuità assistenziale, medici del corso di formazione specifica in medicina generale, studenti di medicina, specialisti in salute pubblica ed altre specialità mediche, infermieri, antropologi.

La Campagna ribadisce infatti la necessità di un cambio di paradigma nell'assistenza in cure primarie non ulteriormente procrastinabile attraverso:

1. Formazione sul campo ed Esplorazione dei modelli di Primary health care già adottati.
2. Formazione e Autoformazione di gruppi di lavoro e studio sui temi relativi all'Assistenza Primaria alla Salute.
3. Promozione del rinnovamento della formazione pre e post-laurea (Università e Cfsmg).
4. Diritto alla salute come diritto umano fondamentale, attraverso un Ssn universalistico, equo, pubblico e impegnato nel contrastare le disuguaglianze sociali in salute.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF del Libro azzurro per la Riforma delle Cure Primarie



Il Ssn peggiora, ma il medico di famiglia è un punto fermo per i cittadini

In un contesto di crisi conclamata del servizio sanitario e in un momento di incrinatura nel rapporto medico-paziente, c'è un baluardo che tiene: ed è proprio il medico di medicina generale. Per l'88,9% degli italiani è una figura importante e il 71,8% non rinuncerebbe mai al proprio medico di fiducia. Questo è quanto si evince da alcuni dati del III Rapporto Fnomceo-Censis, "Centralità del medico e qualità del rapporto con i pazienti per una buona sanità. Alle origini della criticità della condizione dei medici nel Servizio sanitario"

Ssn in peggioramento, medici e cittadini in affanno, ma tiene il rapporto con il medico di medicina generale. Oltre il 72% dei cittadini infatti ha verificato un peggioramento del Servizio sanitario nazionale nel tempo. Questo è quanto si evince da alcuni dei dati più significativi contenuti nel III Rapporto Fnomceo-Censis, "Centralità del medico e qualità del rapporto con i pazienti per una buona sanità. Alle origini della criticità della condizione dei medici nel Servizio sanitario".

Una sintesi dei principali risultati è stata presentata, a Foggia, in occasione delle celebrazioni della Fnomceo per la Giornata contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari, per voce di **Sara Lena** e di **Francesco Maietta**, del Censis.

Il rapporto, che vuole indagare le cause della violenza nei confronti dei medici e degli altri operatori sanitari, è stato costruito, oltre che su numeri provenienti da banche dati istituzionali, attraverso una doppia intervista: un'indagine condotta su un campione nazionale rappresentativo di 1.000 italiani maggiorenni e una su 500 medici. Per quanto riguarda la percezione dei cittadini, i dati mostrano il gap tra aspettative ed esperienze concrete, il cui esito inevitabile è un'incrinatura nel rapporto medico-paziente. In con-

creto, tale rapporto è sempre più schiacciato dai tempi ristretti che gli operatori sanitari possono dedicare all'interazione con pazienti, familiari o caregiver. E origine importante è la carenza di personale, tanto che il 66,4% dei cittadini ha verificato la forte carenza di medici e infermieri e, in particolare, il 64,8% dei residenti nel Nord ovest, il 61,9% nel Nord est, il 64% nel Centro e il 71,9% nel Sud e Isole.

Mmg, un baluardo

Anche sul territorio, si registra una diminuzione del numero dei medici di famiglia, con conseguente aumento del numero degli assistiti e dei carichi di lavoro. Gli attuali 37.983 medici di medicina generale (Mmg) sono in numero inferiore di oltre 9 mila unità rispetto a 20 anni fa e di oltre 7 mila ri-

spetto a 10 anni fa. Una rarefazione di una rete di tutela sul territorio che, sinora, è stata colmata dall'impegno crescente e dalla buona volontà dei Mmg in attività. Impegno che è apprezzato e premiato dai cittadini.

Per l'88,9% dei cittadini è importante perché lo aiuta a trovare soluzioni adatte alle sue esigenze (ad esempio percorsi diagnostici, terapeutici, di cura ecc.). Lo pensa in particolare l'88,2% dei residenti al Nord ovest, il 91,5% al Nord est, l'85,4% al Centro e il 90% al Sud e Isole. Inoltre, per il 76% è essenziale avere il Mmg vicino casa. Opinione condivisa dal 75,6% dei residenti al Nord ovest, dal 77,3% al Nord est, dal 76,5% al Centro e dal 75,3% al Sud e Isole. Il 71,8% non rinuncerebbe mai al proprio Mmg di fiducia, opinione nettamente prevalente in modo trasversale ai gruppi sociali e ai territori.

FIGURA 1

L'importanza del Medico di medicina generale (Mmg) per gli italiani (val.%)



Fonte: indagine Censis, 2025

Cure primarie e tecnologia: affinare le competenze

Le abilità tecnologiche, nell'era della tecnica, devono essere patrimonio di tutte le professioni soprattutto nel campo medico. Con questo intento è nato il corso Ecm residenziale "Master in Cure Primarie e Tecnologia" che si è svolto in più date a Milano

Carlo Celentano

Medico di medicina generale e direttore scientifico del Master in Cure Primarie e Tecnologia

La domanda costante di professionisti sanitari qualificati, inclusi quelli con competenze specifiche nelle cure primarie e nell'uso della tecnologia sanitaria, ci ha portato a pensare all'organizzazione di un evento di alta formazione che integri le cure primarie con le più recenti tecnologie sanitarie, che possa preparare i professionisti ad adottare e utilizzare efficacemente strumenti come la telemedicina, i sistemi di gestione dei dati sanitari e le applicazioni mobili per migliorare la qualità delle cure e l'efficienza dei servizi sanitari.

► **Miglioramento della qualità delle cure primarie.** Il programma si concentra sullo sviluppo delle competenze cliniche e gestionali dei partecipanti per garantire la fornitura di cure primarie di alta qualità. Le lezioni e gli esercizi pratici sono progettati per promuovere l'adozione di procedure e protocolli basati sull'evidenza e per migliorare le competenze di comunicazione e relazionali con i pazienti.

► **Integrazione delle cure primarie con i servizi ospedalieri.** Il Master mette in evidenza l'importanza dell'integrazione delle cure primarie con i servizi ospedalieri, fornendo ai partecipanti una visione completa

del *continuum* di cura. Moduli specifici devono affrontare argomenti come la gestione delle transizioni di cura, la collaborazione interprofessionale e la condivisione delle informazioni tra il setting ospedaliero e quello territoriale.

► **Riduzione delle riammissioni ospedaliere.** Il programma include strategie per ridurre le riammissioni ospedaliere attraverso una migliore gestione delle condizioni croniche e il potenziamento del *follow-up* post-dimissione. I frequentatori del Master saranno formati su protocolli di monitoraggio dei pazienti dopo la dimissione e sull'importanza del coordinamento delle cure tra l'ospedale e la medicina territoriale.

► **Ottimizzazione dei costi e delle risorse.** L'importanza dell'ottimizzazione dei costi e delle risorse nelle cure primarie sarà un altro argomento significativo del corso. Gli studenti devono essere formati su strategie per ridurre i costi associati alle cure primarie, come l'uso razionale dei farmaci, la prevenzione delle complicanze evitabili e l'implementazione di modelli di assistenza efficienti.

► **Promozione della collaborazione interprofessionale.** Altro obiettivo è quello di promuovere la

collaborazione interprofessionale tra medici di medicina generale, infermieri, farmacisti e altri operatori sanitari. Il programma infatti offre opportunità di apprendimento collaborativo e di lavoro di squadra per favorire una migliore comunicazione e coordinazione tra i membri del team sanitario.

► **Coinvolgimento della comunità.** Altra finalità del corso è quella di coinvolgere attivamente la comunità locale per migliorare l'accesso alle cure primarie e promuovere percorsi di salute preventiva. I frequentatori del Master saranno quindi coinvolti in progetti di ricerca e di intervento comunitario volti a identificare le esigenze della popolazione locale e a sviluppare soluzioni innovative per affrontarle.

Questi in sintesi sono gli obiettivi ambiziosi che ci siamo posti nel pensare ed organizzare un simile percorso col malcelato intento di dare un piccolo contributo al nostro modello sanitario che affronta un momento di trasformazione non solo nei contenuti, ma anche di trasformazione e immissione di una nuova generazione di medici e sanitari che devono essere pronti a raccogliere le numerose sfide che gli si presentano quotidianamente.

Premonizioni e perplessità sui Mmg al servizio del Ssn

Sulla stampa di settore e generalista molti colleghi si sono espressi in termini teorici sull'eventuale passaggio alla dipendenza dei medici di famiglia. Ma nessuno ha osato delineare lo scenario di questa eventualità

Giuseppe Mittiga

Medico di medicina generale, Roma

Immaginando uno scenario in cui l'ipotesi della dipendenza dei Mmg dal Ssn diventi realtà mi balena alla mente una serie di interrogativi tra i più svariati. In caso di malfunzionamento del computer, per esempio, che non sarà più di mia proprietà, chi e come e quando interverrà a ripararlo? Nel caso in cui voglia o debba visitare un paziente che entra in studio 5 minuti prima delle 20, chi autorizza lo straordinario di tutti gli operatori sanitari e non che devono garantire il funzionamento della CdC?

Le domande non finiscono qui. Per esempio, quando un Mmg cessa la sua attività, come verranno redistribuiti i pazienti e bilanciati i carichi di lavoro? Il cittadino potrà scegliere il medico e potrà cambiarlo? In caso di risposta positiva resta il grande interrogativo di come potrà farlo.

Si pone poi un altro problema inerente alla sostituzione del medico in caso di ferie e permessi anche in termini di retribuzione del sostituto che oggi è a carico del Mmg.

Mi chiedo inoltre se potrò esercitare la libera professione intramoenia, extramoenia e come cambierà il rapporto con il personale sanitario presente nelle nuove strutture (CdC). Se dovrò fare delle visite domiciliari sarà prevista l'auto aziendale?

È anche legittimo chiedersi che fine faranno i nostri attuali collaboratori di studio che sono nostri dipendenti. L'elenco è infinito e le incognite sono tantissime.

Attualmente lavoro per mia scelta in apnea per quattro ore filate e dedico il resto a visite domiciliari e burocrazia lasciando alla mia dipendente atti ripetitivi/copiatura sotto la mia responsabilità e controllo finale. Oggi il controllo sul mio operato lo compie l'utente. In caso di dipendenza dovrò essere in primis fedele all'Azienda e perseguire obiettivi aziendali assieme al bene ed il meglio per il paziente.

Ma la medicina della persona ovvero la medicina generale ha un *modus operandi* che si diversifica da quello specialistico e ospedaliero non solo a livello contrattuale.

- **Problemi pratici.** Se mi trovo di fronte ad un piano terapeutico scaduto prescrivo il farmaco ugualmente privilegiando la clinica e lo stato di necessità o eseguo gli ordini di servizio? Quando posso decidere io e quando posso o devo delegare al mio responsabile? Chi sceglie il gestionale? Imparo il nuovo gestionale durante le ore di lavoro nella struttura? Sconfino sul personale e su quanto riguarderebbe i miei pazienti: attualmente

ritiro i ricettari "rossi" il lunedì mattina poiché è l'unico spazio della settimana in cui sono "liberabile" per tale incombenza e parcheggio l'auto a circa 500 metri dagli uffici. Nel tanto amato (dai nostri pazienti) lunedì: quale sarebbe la distanza da percorrere a piedi per i miei assistiti?

Se domani affiggessi fuori al mio studio il cartello in cui indico che sarò reperibile in Cdc tal giorno e tale ora, come reagirebbero gli assistiti?

- **E problemi economici.** Stato e Regioni ci erogano emolumenti da convenzionati e oggi sappiamo quanto rientra nelle loro casse. È stato calcolato il costo dei Mmg nel caso in cui transitassero alla dipendenza? Inoltre è ormai accertato che la domanda di salute è in continuo aumento, soprattutto per quanto concerne le cronicità, ma le risorse restano invariate.

Qualcuno si è posto il problema di quanti Mmg messi nella condizione di scegliere opterebbero per la dipendenza?

Quanti firmerebbero effettivamente il contratto di pubblico impiego? Troppi i dubbi e troppe le incognite da dirimere per dire sì a un diverso rapporto lavorativo con il Ssn da quello attuale.



Medicina generale tra incertezza, confusione e progetti

L'esercizio della professione dei medici di medicina generale sta facendo i conti con una confusione generalizzata di incertezza circa una possibile sua riorganizzazione.

Nel frattempo continua l'attacco strumentale ai Mmg anche attraverso lo tsunami della diatriba sulla dipendenza e le modifiche normative introdotte dalla nuova convenzione

Alessandro Chiari - *Segretario regionale Emilia-Romagna Fismu e vicesegretario regionale Fmt*

In trentacinque anni che mi occupo di sindacati medici, avendo lavorato a livello nazionale in varie formazioni, nonché come Consigliere dell'Ordine di Reggio Emilia, non mi ricordo di aver mai visto una simile confusione sulle tematiche della medicina generale (Mg) inerenti soprattutto ai progetti relativi alla sua riorganizzazione. È anche vero che i tempi e la tecnologia fanno passare gli anni molto più velocemente di prima, restringendo repentinamente l'imbuto spazio-temporale, anche se ormai abbiamo assodato che la stessa velocità mostrata dal processo non è assecondata da una altrettanto rapida evoluzione del cervello umano. La stessa Intelligenza artificiale, sia nelle sue applicazioni generali che in quelle utilizzabili dalla medicina sta facendo salti da gigante, tanto da superare velocemente gli stessi progetti che crea, rendendoli obsoleti, rischiando di cancellare o ridurre al minimo una serie di professionisti, anche nel campo sanitario. Chi discute della medicina generale e dei professionisti che la esercitano, senza lavorarvi internamente, non riuscirà mai a comprendere le criticità e la potenzialità ancora inesprese da queste professionalità. Platone af-

fermava: "Ciò che non si possiede né si conosce, non si può dare né insegnare ad altri."

Progetti confusi

Certamente per creare un progetto bisognerebbe sganciarsi da "piattaforme ideologiche" e che la politica si adoperasse, non per creare polemiche e divisioni, ma per il bene comune dei cittadini e degli operatori sanitari in generale, specialmente dei medici e in particolare di quelli che operano nella medicina territoriale. Pensiamo per esempio al ruolo unico, di cui parliamo ed ipotizziamo da anni, viene realizzato quando è quasi sorpassato organizzativamente dai tempi. La stessa organizzazione delle Case di Comunità (CdC) sembra a molti un *make up* tardivo e mistificatore delle Case della Salute, un espediente politico per gettare fumo negli occhi.

A tale riguardo mi sovviene in mente un libro di **Gianni Baget Bozzo** *E Dio creò Dio* per ricordare che quando ai Mmg è stato lasciato campo libero, guidati dai loro principi deontologici e dal *diktat* etico di esercitare secondo *scienza e coscienza* abbiamo conosciuto i periodi più interessanti e gloriosi della medicina generale. Questa possibi-

lità di progettazione "dal basso" si è fermata, per varie derive regionali ed aziendali e da una personalizzazione della contrattazione che ha visto una sempre maggiore trattativa legata ai bisogni individuali dei contrattatori piuttosto che alle esigenze dei colleghi della Mg negli ambulatori e sul campo. Come si è arrivati a questo punto? Descriverlo non è semplice in un contesto in cui ognuno rifugge le proprie responsabilità. Ogni volta che ci confrontiamo tra noi non percepiamo che delusione, scarse motivazioni, difficoltà nei rapporti con i pazienti. In effetti quello che era il rapporto fiduciario medico-paziente è da un po' che subisce una serie di attacchi concentrici che tendono a cercare di distruggere questa peculiare relazione che ha caratterizzato i *glory days* della medicina di famiglia (che non esiste più perché non esiste più la famiglia). Che dire poi del fatto che anche l'ambulatorio della medicina generale è diventato (e le cose stanno peggiorando continuamente) sempre meno sicuro esponendo il medico ad una aggressività da parte dei cittadini mai sperimentata prima dove l'unica difesa a disposizione dei colleghi rimane soltanto la ricusazione dell'assistito. La globalizzazione non ci ha aiutato. Dal momen-

to in cui è esplosa la migrazione verso i Paesi occidentali siamo venuti a contatto nei nostri studi con pazienti e assistiti di diversa cultura dalla nostra e non eravamo preparati a relazionarci con queste diversità con codici nuovi. Il rapporto medico-paziente è attualmente fortemente influenzato dalle diverse culture e tradizioni che, in mancanza di una reale integrazione e di una preparazione consona a tale cambiamento, rende estremamente difficile l'integrazione sociale e sanitaria.

Ascolto sindacale

I rapporti tra sindacato e Asl, specialmente quando non appartieni al sindacato più rappresentativo, sono sempre più difficili e caratterizzati da questa *culpa in vigilando* che mostrano le fragilità delle Regioni e delle Aziende, che in qualità di parte pubblica dovrebbero essere i garanti della contrattazione ed anche della tutela delle forze meno rappresentative. Non dimentichiamo infatti che in ogni caso in qualsiasi contratto sindacale o convenzionale è la parte pubblica che non solo deve garantire quanto esposto, ma comunque è anche la responsabile amministrativa e normativa, proprio perché è l'unica garante della trasparenza e della legalità degli accordi. Eppure le cose vanno diversamente e la prepotenza di alcuni pare più forte dei diritti sindacali. Non parliamo poi del fatto che a volte per poter essere presenti nella contrattazione si è costretti a firmare accordi, oborto collo, dove spesso le aziende non ti garantisce nemmeno la possibilità di inserire note a verbale, un'aberrazione antisindacale. Spesso, comunque i canali comunicazionali con le Aziende e le Regioni sono assolutamente molto difficoltosi se non addirittura mancanti. *Qui timide rogat, docet negare* dicevano i latini (chi domanda ti-

morosamente, insegna a rifiutare) ma in certe occasioni nemmeno si può controbattere od intervenire.

Il passaggio a dipendenza

Passaggio alla dipendenza dei Mmg sì, no, a patto che... Ultimamente questo argomento ha creato una situazione di vero e proprio delirio. Abbiamo letto di tutto: punti di vista differenti, verità e menzogne, interpretazioni personalizzate, cavolate planetarie e tutto quanto possa fare spettacolo o soddisfare l'ego compositivo dei più improvvisati sedicenti esperti.

Generalmente sembrano più favorevoli alla dipendenza i giovani colleghi che i più esperti *senior*. Secondo la *Teoria dei Bias Cognitivi*, teoria con cui guardare ai processi decisionali nel tentativo di giungere ad un modello che sia quanto più rappresentativo del reale comportamento umano, gli individui prendono le loro decisioni utilizzando un numero limitato di scorciatoie mentali, piuttosto che complessi processi razionali. Diversamente dal *doctor sapiens* delle origini, oggi il medico vive in un ambiente decisamente meno ostile dal punto di vista fisico, ma molto più ostile dal punto di vista psichico, ciò è dovuto

ad un sovraccarico informativo e ad una manipolazione mediatica che nell'arco di pochi decenni si è talmente sviluppato da lasciare poco spazio all'evoluzione euristica ed agli automatismi adattivi necessari per affrontare la nostra professione in un modo corretto ed appagante. Le risposte sbagliate nascono quando esistono delle necessità impossibili e immaginarie da soddisfare, lo dicevano già i greci, ed è su queste cose necessarie, ma irrealizzabili che fioriscono gli slogan e le posizioni ideologiche. Io stesso di fronte a certe convinzioni professionali e sindacali ho spesso cambiato idea, ma credo assolutamente che il fatto di cambiare opinione non sia necessariamente un problema, ma anzi una condizione mentale che dimostra una certa intelligenza (concedetemi questo *selfie* mentale) perché comporta una serie di dubbi che possono seguire a una posizione intrapresa in passato, che seguiva delle condizioni ed era dettata da una serie di elementi e convinzioni che riguardavano quel particolare momento, e che però, in base a dubbi ed altre situazioni di carattere politico ambientale evolutivo, o quant'altro, portano a seguire un'altra prospettiva ed un nuovo progetto.



Secondo l'ultimo rapporto Fnom-Censis per il 72,3% dei cittadini negli anni si è verificato un peggioramento del Ssn, ma il 71,8% degli italiani non rinuncerebbe mai al proprio Mmg di fiducia



L'errore medico e la sua comunicazione

Può succedere, purtroppo, di sbagliare. E come nella vita di tutti si fa così fatica a riconoscerlo, anche a se stessi, per il medico può essere ancora più complicato, per le implicazioni che questo può avere, portandolo spesso a vivere l'errore in solitudine e nel silenzio. Ma una presa in carico comunicativa ed emotiva corretta può permettere di elaborare l'accaduto in maniera costruttiva e trasformare il dramma in un evento di crescita

Sophie Ott - Medico, ricercatrice e formatrice, esperta di comunicazione tra medico e paziente

Chiunque durante la propria lunga carriera farà errori. Gli errori medici sono inevitabili anche tra i professionisti più coscienti. Questa affermazione, che è una semplice constatazione realistica, può essere vissuta dal medico in modo scioccante e fare nascere un senso di agitazione, imbarazzo, vergogna e ribellione interiore. Queste reazioni emotive, legittime ed estremamente comuni, sono la conseguenza di un aspetto della cultura medica che alimenta l'idea della perfezione e dell'infallibilità della medicina e del medico, rendendo incommunicabile ciò che invece fa parte dell'esistenza umana. **Anche se la situazione sembra evolvere verso una maggiore trasparenza, l'errore medico e la sua comunicazione rimangono un tema complesso e tabù.**

Si tratta di un tema così spaventoso da costare ogni anno, solo in Italia, più di 10 miliardi di euro in medicina difensiva.

Perché non si comunica l'errore?

I fattori che possono spingere i medici a vivere l'errore in solitudine e inibirne la comunicazione, sono diversi e possono riguardare: la paura di perdere la fiducia del paziente, di subire danni alla propria reputazione, di perdere il rispetto dei colleghi, la paura di sentirsi a di-

sagio e non essere preparati e il timore che il paziente faccia causa (*tabella 1*). Queste paure sono ovviamente comprensibili e prenderle in considerazione può permettere di trovare strade per scegliere comunque la trasparenza, per una serie di motivi che adesso vedremo.

Perdere la fiducia del paziente.

Creare un rapporto di fiducia è un elemento chiave della relazione col paziente e richiede cura e competenza sulla comunicazione. Quando un professionista ha una comunicazione confusa, poco chiara, vaga e poco coerente, rischia di apparire poco credibile agli occhi del paziente e non favorire una relazione di fiducia.

In questo un ruolo importante è il tipo di posizionamento che scegliamo nella relazione medico-paziente. È opportuno evitare la tentazione peri-

colosa di mettersi su di un piedistallo rispondendo alla richiesta, spesso culturale, di perfezione infallibile.

Nel passato, secondo un modello paternalistico, si affidava al medico l'autorità assoluta nelle decisioni sanitarie. Oggi con l'evoluzione sociale e tecnologica, la relazione medico-paziente è diventata più "paritaria". Il paziente oggi ha più aspettative verso il medico e richiede maggiore trasparenza. Rispondere a questa aspettativa favorisce la costruzione di una relazione di fiducia.

Un posizionamento che permette di creare una relazione più equilibrata evitando aspettative irrealistiche da parte nostra e del paziente è la posizione di "semplice essere umano" che mette al servizio, ovviamente con cuore, dedizione e serietà, le sue conoscenze per curare.

Questo posizionamento paritario dal punto di vista umano (non dal punto di vista delle conoscenze e competenze ovviamente) permetterà di creare una relazione di fiducia realistica e ad affrontare meglio le difficoltà, tra cui un eventuale errore medico.

Paura di subire danni alla propria reputazione. Un aspetto in gran parte culturale che alimenta la scelta del silenzio riguardo agli errori medici è l'idea della perfezione e dell'infallibilità della medicina e del medico. Questo

TABELLA 1

Fattori che inibiscono la comunicazione dell'errore

- paura di perdere la fiducia del paziente
- paura di subire danni alla propria reputazione
- timore di perdere il rispetto dei colleghi
- paura di sentirsi a disagio e non essere preparati
- timore che il paziente faccia causa



aspetto, essendo implicito e non essendo apertamente affrontato, rende in effetti i medici impreparati a gestire i propri errori e la propria vulnerabilità. Oggi giorno, anche grazie all'esperienza, alle testimonianze e agli studi fatti, la necessità di un **approccio sistemico all'errore** sta finalmente emergendo. Secondo questa visione, la priorità non è più puntare il dito sulla responsabilità del singolo per stabilire chi ha commesso l'errore bensì individuare quale barriera, difesa o procedura di sicurezza non ha funzionato.

Sempre più persone comprendono l'importanza di abbandonare il consueto approccio colpevolizzante, per favorire la comunicazione libera dell'errore che permette di andare alla ricerca dei fatti che ne sono all'origine affinché si possa aumentare la prevenzione e migliorare la sicurezza sanitaria.

Sentirsi a disagio e non essere preparati. Per mancanza di percorsi formativi ben strutturati all'interno degli studi universitari, i medici imparano a comunicare attraverso l'osservazione diretta dei loro mentori oppure attraverso quello che viene definito il "curriculum nascosto", ovvero quei valori, comportamenti e aspettative che sono implicitamente trasmessi nella cultura medica attraverso le interazioni informali. Tutto ciò rende questa formazione ovviamente molto aleatoria. Da decine di anni tuttavia professionisti esperti studiano la comunicazione medico-paziente e hanno messo a disposizione insegnamenti preziosi. Oggi è possibile uscire da strategie improvvisate potenzialmente poco efficaci in cui il medico si può sentire allo sbaraglio. Si può scegliere di acquisire competenze che vengono ad arricchire la formazione tecnica e sostenere la propria pratica.

Il "saper essere" viene a completare e potenziare il nostro "saper fare" sul quale la nostra formazione universitaria e continua ha focalizzato l'attenzione.

Timore di cause legali. Negli ultimi decenni, la crescente attenzione alla

responsabilità professionale dei medici ha portato a un aumento delle cause legali per errori medici. Questo ha creato una cultura in cui gli errori sono spesso nascosti per evitare conseguenze legali, perpetuando l'omertà. Nello stesso tempo, però, studi specializzati sul tema dell'errore medico hanno aiutato a fare chiarezza su una realtà importante: il paziente ammette la possibilità che si possa sbagliare perché "errare è umano". Quello che invece non ammette, e che spesso lo spinge a intentare una causa legale, è la **carenza di comunicazione e la non assunzione di responsabilità**.

Perché è importante comunicare l'errore?

Solo la libera espressione di un evento permette di elaborare profondamente l'accaduto da poterlo integrare nella propria storia di vita. Diventa fondamentale che il professionista si senta libero e sostenuto in questo processo. Nel 1984, David Hilfiker, un medico di famiglia del Minnesota, inviò al New England Journal of Medicine alcune riflessioni personali in seguito a un errore che aveva commesso e l'aveva sconvolto (aveva praticato un aborto su un feto sano). Desiderava condividerlo con la comunità scientifica. Nonostante gli editori tentarono di dissuaderlo dal pubblicare l'articolo avvertendolo dell'irreparabile danno che tale storia gli avrebbe potuto causare, egli coraggiosamente insistette nel volerla condividere, e il racconto divenne un classico. Oggi è riconosciuto come un pioniere della cultura della trasparenza.

Ecco un breve estratto dell'articolo: *"Le drastiche conseguenze dei nostri errori, il dubbio sulla nostra colpevolezza, e la negazione da parte del mondo medico e della società che gli errori possono accadere - tutto questo esita in un paradosso intollerabile per il medico. Noi vediamo l'orrore dei nostri sbagli eppure non ci viene dato il*

permesso di affrontarne l'enormità dell'impatto emotivo... A un certo punto dobbiamo far uscire i nostri errori dagli armadi. Dobbiamo darci il permesso di riconoscere i nostri sbagli e le loro conseguenze. Dobbiamo trovare modi sani per gestire le nostre reazioni emotive a questi errori. La nostra professione è già abbastanza difficile senza doverci accollare il giogo della perfezione." (Hilfiker, 1984).

In seguito a un errore clinico, è fondamentale avere in mente che oltre al dolore e alle reazioni emotive dei pazienti e dei familiari, c'è anche il vissuto dei clinici coinvolti, spesso definiti "le **secondo vittime**" dell'errore. I clinici vivono spesso emozioni intense quali senso di colpa per il danno provocato, vergogna, umiliazione, rammarico, dolore, delusione, amarezza per aver fallito, timore, angoscia per le ripercussioni legali e sulla reputazione.

Se non si possono condividere gli errori con i propri colleghi e persone fidate, queste emozioni rischiano di essere elaborate in modo disadattato, sviluppando depressione, ansia, senso di insoddisfazione e inadeguatezza, perdita di autostima, burn-out professionale, fino al pensiero di lasciare il lavoro e idee suicidarie.

Riconoscere l'errore e il suo impatto emotivo sul curante permette di agire in modo coerente. Una presa in carico corretta può permettere di elaborare l'accaduto in maniera costruttiva e trasformare il dramma in un evento di crescita.

Perché è importante saper comunicare l'errore

Alcuni studi hanno rivelato che il dolore e la sofferenza provati dalle persone coinvolte negli errori medici non derivano solo dalle conseguenze cliniche del danno subito, ma anche dal modo in cui questi eventi sono stati loro comunicati. Diverse sono le ricerche che hanno evidenziato come la decisione



dei pazienti di far causa al medico o alla struttura sanitaria fosse strettamente legata all'aver ricevuto una comunicazione carente e povera.

Come comunicare l'errore?

Quando siamo a disagio la tentazione è di abbreviare il colloquio. Avere qualche linea guida per una comunicazione adatta permette di attraversare questo momento difficile con maggiore sostegno. In questo articolo scelgo di illustrare qualche aspetto invitando ad approfondire con una vera e propria formazione.

Nell'ideale la comunicazione dell'errore comprende 3 fasi: pre-colloquio, colloquio e post colloquio (*tabella 2*).

Il colloquio per annunciare un errore andrebbe preparato con persone fidate e che agevoleranno una miglior comprensione dell'interlocutore e una maggiore lucidità nell'operatore che affronterà la comunicazione.

Durante il colloquio sono stati riconosciuti alcuni aspetti importanti da tenere in mente, ne condivido alcuni:

- **Portare nella conversazione la propria sensibilità e umanità.**

A volte i professionisti scelgono un atteggiamento distaccato nel discutere un errore con il paziente e famigliari nell'obiettivo di sembrare più professionali e rassicuranti, spesso pensando

che mostrare di essere scossi anche loro sia una mancanza di professionalità. Invece un atteggiamento distaccato da parte del medico nel discutere un errore potrebbe essere interpretato dal paziente come freddo e impersonale, creando l'impressione che il medico non si senta coinvolto rispetto a quanto successo o stia nascondendo qualcosa.

- **Adottare una comunicazione chiara e trasparente.** Illustrare chiaramente i fatti così come sono noti al momento.

- **Riconoscere le proprie responsabilità**

- **Accogliere le emozioni e riconoscere la sofferenza del paziente.** Se non si capisce l'importanza di integrare completamente questo aspetto si rischia di minimizzare oppure addirittura ignorare l'aspetto emotivo.

È quasi inevitabile che la comunicazione di un errore provochi nel paziente una immediata reazione negativa, che sia di rabbia o di ansia o di disperazione. Anche per errori che non hanno conseguenze cliniche.

La sensibilità e la capacità di accogliere le emozioni dei propri pazienti in modo ottimale da creare una relazione di fiducia e di collaborazione può essere innata. Qualcuno sviluppa negli anni una certa competenza, ma sembra che l'apprendimento debba farsi a casaccio sperando nella fortuna dei tentativi.

Esistono invece delle formazioni per favorire una risposta empatica alle emozioni dei pazienti. Gli insegnamenti permettono al curante di conoscere dei concetti base, beneficiando dei risultati di anni di pratica e studi sul tema della comunicazione, da cui sviluppare un modo personale ed efficiente di accogliere le emozioni dei propri pazienti.

Per esempio, una prima tappa per accogliere e rispondere a una emozione del paziente è nominarla. Questo sarà possibile grazie alla capacità di leggere i segnali non verbali espressi dal paziente, ma anche chiedendogli semplicemente come si sente a riguardo.

La seconda tappa è legittimare e dare importanza alle reazioni emotive, anche semplicemente stando in silenzio e lasciando spazio alla libera espressione di queste emozioni, che possiamo anche accompagnare con un nostro non verbale accogliente e con qualche parola del tipo: "Certo, la sua rabbia è del tutto legittima...".

L'autenticità è la condizione *sine qua non* perché l'accoglienza delle emozioni sia efficace e percepita dal paziente come prova di attenzione, accoglienza e comprensione.

- **Esprimere scuse e/o dispiacere**

Le scuse per essere efficaci devono essere accompagnate da azioni concrete per sostenere il paziente.

Accompagnare il paziente è un'opportunità per riparare all'errore fatto.

L'essere stati onesti e aver espresso le proprie scuse al paziente potrebbe non comportare automaticamente il suo perdono. Sarà più sul lungo termine che la scelta di essere onesti e di esprimere le proprie scuse al paziente potrà dare i suoi frutti in termini di possibilità di ricucire il rapporto di fiducia.

- **Assicurare al paziente che l'evento sarà indagato a fondo** con l'obiettivo di comprendere ed evitare in futuro errori di questo genere.

La comunicazione dell'errore va sempre intesa come processo in più fasi, che non si conclude nel qui e ora del colloquio con il paziente, ma che prosegue in possibilità di incontri successivi che diano l'opportunità di recuperare il rapporto di fiducia.

Se vogliamo rendere la medicina sempre più sicura, consapevoli che il rischio zero non esiste, serve uscire dall'omertà riguardo all'errore medico.

Dagli errori comunicati si può imparare e si può migliorare la sicurezza del paziente e del curante.

Le competenze di comunicazione permettono di creare un'alleanza con il paziente e i propri colleghi, arricchire la propria pratica e prevenire anche altri errori, oltre a liberarne la comunicazione se e quando avvengano.

TABELLA 2

Colloquio e comunicazione dell'errore

- Preparare il colloquio con persone fidate
- Portare nella conversazione la propria sensibilità e umanità
- Adottare una comunicazione chiara e trasparente
- Riconoscere le proprie responsabilità
- Accogliere le emozioni e riconoscere la sofferenza del paziente
- Esprimere scuse o dispiacere
- Assicurare il paziente che l'evento sarà indagato a fondo



“I tuoi reni stanno bene? - Proteggi la salute renale con la diagnosi precoce”*

La Giornata Mondiale del Rene 2025 appena celebrata è stata ancora una volta occasione per puntualizzare l'importanza e l'efficacia della prevenzione e della diagnosi precoce della malattia renale. In questo i nefrologi chiedono sempre più l'affiancamento dei Mmg

Carmelita Marcantoni - *Segretario Società Italiana di Nefrologia (SIN)*

Responsabile UOSD di Nefrologia e Dialisi, Ospedale San Marco, AOU Policlinico “G. Rodolico-San Marco”, Catania

Il 13 marzo si è celebrata la Giornata Mondiale del Rene 2025, che è stata occasione di promozione e diffusione della cultura della salute di questi organi fondamentali.

Lo slogan di quest'anno, promosso dalla Società Internazionale di Nefrologia (ISN) e dalla Federazione Internazionale delle Fondazioni Renali (IFKF-WKA), a cui hanno aderito la Società Italiana di Nefrologia (SIN) e la Fondazione Italiana del Rene (FIR), è stato “Come stanno i tuoi reni? Promuovere la diagnosi precoce e la protezione della salute dei reni”, richiamando all'importanza cruciale della diagnosi precoce delle malattie renali, e sottolineando la necessità della consapevolezza dei pazienti nei confronti dei fattori di rischio per la malattia renale e delle misure di prevenzione e protezione che possono salvaguardare da un'evoluzione anche irreversibile della patologia.

Un quadro epidemiologico preoccupante

La malattia renale cronica (MRC) è considerato un problema prioritario di salute pubblica a livello mondiale: il nu-

mero totale di pazienti nel mondo è stimato intorno a 850 milioni, il 95% dei quali con malattia non in fase dialitica¹⁻³, ma potenzialmente evolutiva. Purtroppo la sua prevalenza nella popolazione generale, stimata nel mondo intorno al 10%, è in continua crescita principalmente a causa dell'incremento nei paesi in via di sviluppo, dell'invecchiamento progressivo della popolazione nei paesi industrializzati; dell'aumentata prevalenza nella popolazione generale di condizioni patologiche caratterizzate da un elevato rischio di sviluppare un danno renale (diabete mellito di tipo 2, sindrome metabolica, ipertensione arteriosa, obesità, scompenso cardiaco). La MRC ha un peso rilevante in termini di progressione alla dialisi e al trapianto, di impatto sulla mortalità, morbilità ed ospedalizzazioni, ridotta qualità di vita e alti costi sanitari: i pazienti in dialisi, che rappresentano lo 0.1-0.2% della popolazione generale, nei paesi industrializzati assorbono circa il 5-7% dei budget nazionali dedicati alla sanità⁴.

Oltre al rischio evolutivo verso l'ESRD (End Stage Renal Disease) con necessità di dialisi e/o trapianto, la presenza della MRC ha un impatto molto significativo sul rischio cardiovascolare del paziente e può limitare l'implementazione degli interventi medici nelle malattie cardiologiche, infettive

e oncologiche. La severità della MRC condiziona infatti l'esecuzione di alcuni esami radiologici che prevedono la somministrazione di mdc iodato o gadolinio, l'assunzione di alcuni antibiotici o di farmaci potenzialmente nefrotossici, la scelta di alcune linee di terapia oncologica, ecc.

Secondo i dati dello studio CARHES (Cardiovascular Risk in Renal patients of the Health Examination Survey), primo studio epidemiologico sulla popolazione generale italiana⁵ la prevalenza della MRC è risultata del 7.5% negli uomini e del 6.5% nelle donne, con una distribuzione pari al 60% negli stadi iniziali I e II, rispetto al 40% degli stadi avanzati, da III a V. I fattori di rischio associati allo stato di MRC sono stati individuati nell'età avanzata, l'obesità, l'ipertensione arteriosa, il diabete, la malattia cardiovascolare e il fumo; non sono state riscontrate differenze sostanziali nella prevalenza di MRC tra le tre macro-aree geografiche (Nord, Centro, Sud e Isole).

Il punto sulle politiche sanitarie

Appare quindi chiaro e urgente che sono necessarie politiche sanitarie nazionali di screening e prevenzione della MRC.

In questo senso, un contributo iniziale importante è stato rappresentato dal

*dal claim “Are Your Kidneys OK? - Detect Early, Protect Kidney Health”, Giornata Mondiale del Rene 2025

“Documento di indirizzo per la malattia renale cronica” approvato in Conferenza Stato-Regioni nel 2014, purtroppo recepito da non tutte le Regioni Italiane, ripreso successivamente nel Piano Nazionale sulla Cronicità del 2016, fino ad arrivare all’ultimo documento nazionale in fase di revisione e approvazione, il PPDTA, cioè Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico della MRC, un modello di riferimento che pone particolare attenzione alle attività di carattere preventivo, ai percorsi di diagnosi, cura e gestione della MRC, armonizzandole con le esigenze specifiche delle Regioni e delle Pubbliche Amministrazioni.

In particolare, questo documento focalizza l’attenzione:

- sul ruolo fondamentale svolto dal Medico di Medicina Generale (Mmg) nell’individuare il soggetto a rischio meritevole di screening per la MRC;
- sul potenziamento della rete territoriale per aumentare le capacità di una diagnosi precoce della MRC, attraverso l’ottimizzazione della assistenza nefrologica al paziente con MRC per un precoce inquadramento diagnostico e terapeutico che garantisca la continuità di presa in carico omogenea e condivisa a livello nazionale nell’ottica del miglioramento continuo della qualità delle cure.

Importanza della diagnosi precoce

La Malattia Renale Cronica è definita come “una condizione di ridotta funzione renale rappresentata da un valore di stima della velocità di filtrazione glomerulare (eGFR) <60 ml/min/1.73m² o, indipendentemente dal valore di GFR, di evidenza di danno renale che persiste per più di 3 mesi”. I marker di danno renale, oltre alla riduzione del GFR, sono l’albuminuria, cioè la presenza di albumina nelle urine delle 24 ore ≥ 30 mg o rapporto albuminuria/creatininuria (ACR) ≥ 30 mg/g, valori che corrispondono

ad una proteinuria delle 24 ore ≥ 150 mg ed un rapporto proteinuria/creatininuria (PCR) ≥ 150 mg/g, ma anche la presenza di emazie dismorfiche o cilindri ialini e cellulari al sedimento urinario; alterazioni istologiche del tessuto renale riscontrabili alla biopsia renale; alterazioni della morfologia renale alla diagnostica per immagini¹. A livello internazionale la MRC è universalmente classificata sulla base del filtrato glomerulare stimato (eGFR) e della albuminuria in stadi di crescente gravità, associati a rischio progressivamente più alto di eventi cardiovascolari o di ESRD¹. A stadi di severità crescente corrisponde la necessità di un maggiore coinvolgimento del nefrologo e talora di altri specialisti.

Al di là degli schemi classificativi che nell’organizzazione dei sistemi sanitari sono utili per stratificare il rischio ed efficientare i percorsi diagnostico-terapeutici, il problema maggiore delle malattie renali è la diagnosi eziologica e la precocità della diagnosi per porre in essere quegli interventi terapeutici che aldilà di un certo punto non sono più efficaci (il cosiddetto punto di non ritorno). In una percentuale molto elevata, pari al 30-40% in tutti i registri di patologia nazionali e internazionali, la causa dell’insufficienza renale è sconosciuta e la presa in carico nefrologica del paziente con nefropatia risulta tardiva (pazienti late referral) cosicché gli interventi terapeutici rimangono di tipo conservativo. Bisogna dire che questo momento storico è entusiasmante anche per il trattamento conservativo della funzione renale perché abbiamo a disposizione nuovi farmaci che si sono rivelati efficaci nel rallentamento della progressione delle nefropatie diabetiche e non diabetiche: agli ACE-inibitori (ACE-I) e ai bloccanti recettoriali dell’angiotensina 2 (ARB), che hanno rappresentato la terapia di nefroprotezione degli ultimi venti anni, si sono recentemente affiancati gli inibitori del cotrasportatore

sodio-glucosio tipo 2 (SGLT2i), una classe di farmaci ipoglicemizzanti orali che ha dimostrato un’azione protettiva renale e cardiovascolare.

In ragione di queste evidenze, ACE-I/ARB e SGLT2i rappresentano i farmaci di prima linea suggeriti dalle linee guida internazionali nel trattamento della MRC¹.

La ragione principale per cui le nefropatie rimangono ad eziologia sconosciuta è l’assenza di sintomi evidenti all’esordio.

La presenza di anomalie urinarie (microematuria o proteinuria di grado modesto), incremento della creatinemia, modesto rialzo della pressione arteriosa, alcune modeste alterazioni elettrolitiche, possono decorrere in maniera asintomatica o paucisintomatica e, quando manifeste, la patologia renale può essere evoluta in maniera severa con perdita significativa della funzione renale.

Per questo motivo è necessario che la popolazione generale conosca il ruolo che svolgono i reni nella tutela della salute, che sia consapevole che uno stile di vita sano e attivo possa prevenire o ritardare l’esordio di ne-

FIGURA 1

8 Regole d'oro

Per prevenire le malattie renali

- 1 Mantieniti attivo e in forma
- 2 Controlla periodicamente i livelli di zucchero nel sangue
- 3 Controlla periodicamente la pressione sanguigna
- 4 Segui una dieta sana e bilanciata
- 5 Mantieni un adeguato e regolare apporto di liquidi
- 6 Non fumare
- 7 Assumi farmaci solo sotto stretto controllo medico
- 8 Tieni sotto controllo la funzione renale (azotemia, creatinina, esame urine), soprattutto se sei un soggetto a rischio

TABELLA 1

Collaborazione Mmg e Nefrologo nel percorso di prevenzione e cura della MRC

	Obiettivo assistenziale	Popolazione	Azioni	Responsabili
Prevenzione Primaria				
<i>Universale</i>	Prevenire l'insorgenza della MRC	Popolazione generale	Promozione stile di vita sano; campagne di sensibilizzazione	Soggetti, Mmg, SSN-SSR, associazioni pazienti, società scientifiche
<i>Selettiva</i>	Prevenire l'insorgenza della MRC	Gruppi a rischio (diabete, ipertensione arteriosa, obesità, patologia CV)	Promozione stile di vita sano; adesione ai target terapeutici; controllo pressione arteriosa, glico-metabolico, dislipidemia, peso corporeo, sale	Pazienti, Mmg, cardiologi, diabetologi, internisti, nutrizionisti
Prevenzione Secondaria	Diagnosi precoce e presa in carico del paziente affetto da MRC	Soggetti con riduzione del eGFR o anomalie urinarie o alterato controllo pressorio	Approfondimento diagnostico strumentale. Terapia tempestiva eziopatogenetica, conservativa e di prevenzione CV	Nefrologi Il <i>nefrologo</i> gestisce i pazienti affetti da MRC con eventi acuti intercorrenti; con più rapido declino della funzione renale (fast progressor) Il <i>Mmg</i> può condividere la gestione di pazienti con MRC a lenta progressione (slow progressor)
Prevenzione Terziaria	Gestione della MRC conclamata finalizzata a ridurre le complicanze uremiche	Pazienti affetti da MRC in fase avanzata (stadio IV-V)	Scelta consapevole e condivisa della modalità di terapia sostitutiva (emodialisi, dialisi peritoneale, trapianto renale). Avvio percorso di terapia sostitutiva	Nefrologi Il <i>Mmg</i> può essere coinvolto nel percorso decisionale della terapia sostitutiva (terapia dialitica domiciliare, trapianto da vivente, cure palliative)

fropatia (figura 1), che abbia contezza che due semplici esami, come il dosaggio della creatininemia e l'esame urine, o la misurazione della pressione arteriosa, possano veramente essere utili nell'identificare precocemente la malattia renale. Nei soggetti giovani - giovani adulti, il riscontro occasionale per esempio durante le visite medico sportive o negli ambienti di lavoro, di anomalie urinarie (microematuria e /o proteinuria) o il lieve movimento della creatininemia, in assenza di altri sintomi o segni, merita di essere confermato a breve termine (entro 3 mesi) e il paziente inviato dallo specialista nefrologo per l'approfondimento diagnostico più appropriato. La biopsia renale, una procedura relativamente invasiva ma ormai sicura nei centri di riferimento nefrologici, permette di fare diagnosi precisa di nefropatia primitiva o secondaria e di avviare terapia specifica eziologica. Anche in questo ambito, dell'immunopatologia renale, stiamo assistendo ad un momento di grande entusiasmo per la disponibilità di nuove molecole con target biologici più precisi con minori effetti collaterali.

Ruolo della collaborazione tra Mmg e nefrologi

Il Mmg, in qualità di primo baluardo del sistema assistenziale, rivestono un ruolo centrale nella prevenzione e nella gestione della MRC. Conoscono la storia clinica dei loro assistiti, il contesto familiare, sociale e ambientale e rappresentano il principale legame tra la popolazione ed il sistema dei servizi territoriali. Possono svolgere un ruolo fondamentale nella promozione di uno stile di vita sano e attivo, nell'identificare le condizioni di rischio, nel condurre lo screening attraverso l'utilizzo di protocolli diagnostici specifici e una sorveglianza mirata.

La collaborazione tra i Mmg e i nefrologi costituisce un asse strategico essenziale per rispondere agli obiettivi di diagnosi precoce e trattamento adeguato della MRC nei vari stadi di severità. Il Mmg deve riconoscere la mission del nefrologo non solo nel trattamento della MRC nella fase terminale, ma soprattutto nella fase di diagnosi della nefropatia; è necessario costruire un'alleanza per la gestione condivisa e personalizzata della fa-

se conservativa anche avanzata quando il paziente e i familiari si affidano ai consigli del Mmg per una scelta consapevole della modalità sostitutiva (emodialisi, dialisi peritoneale, trapianto renale) (tabella 1).

Con l'obiettivo di migliorare i risultati clinici di assistenza in termini di esiti ed efficienza è indispensabile attivare e consolidare tutti gli strumenti di condivisione tra cure primarie e specialistiche, razionalizzando l'accesso ai servizi ospedalieri e implementando la domiciliazione delle cure. Un percorso così complesso non può prescindere da una profonda e diffusa consapevolezza nella popolazione generale, tra gli operatori sanitari e i decisori politici del significato della malattia renale nella tutela della salute del paziente e dello stesso sistema sanitario.

BIBLIOGRAFIA

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. *Kidney Int* 2024; 105: S117-S314.
2. Jager KJ, et al. *Kidney Int* 2019; 96: 1048-50.
3. Levin A, et al. *Kidney Int* 2023; 103: 1004-8.
4. Himmelfarb J, et al. The current and future landscape of dialysis. *Nat Rev Nephrol* 2020; 16: 573-85.
5. De Nicola L, et al. *Nephrol Dial Transplant* 2015; 30: 806-14.

Un'indagine sulla sessualità nel maschio anziano

Lo studio si è proposto di indagare la sessualità nel maschio anziano con un questionario somministrato dai medici di famiglia ai pazienti con età superiore ai 65 anni. Il 78.9% degli intervistati ha dichiarato di continuare ad avere rapporti, nel 60% dei casi riferiti piacevoli per la maggior parte delle volte. La maggior parte dei soggetti con attività sessuale assume, sempre o talvolta, farmaci per la disfunzione erettile

G.Maso - *Responsabile Nazionale Area Geriatrica e Medicina Interna SIICP*
A. Marsilio, G.Tiozzo - *Medici di medicina generale, Venezia*

Scopo

La sessualità nel maschio anziano è un argomento ancora poco indagato. Sappiamo come i cambiamenti ormonali, gli altri cambiamenti fisiologici e le vicissitudini della vita influiscano negativamente sull'attività sessuale e sul desiderio. La disfunzione erettile è un problema che si aggrava con l'età, può associarsi a sintomi legati alle basse vie urinarie, a problemi metabolici, cardiovascolari, psicologici o psichiatrici o può essere conseguenza di alterati stili di vita. Certo è che la disfunzione erettile e la mancanza di desiderio sembrano influire sulla qualità di vita. Abbiamo voluto analizzare questo aspetto della vita nei maschi anziani che afferiscono all'ambulatorio del medico di famiglia.

Pazienti e Metodi

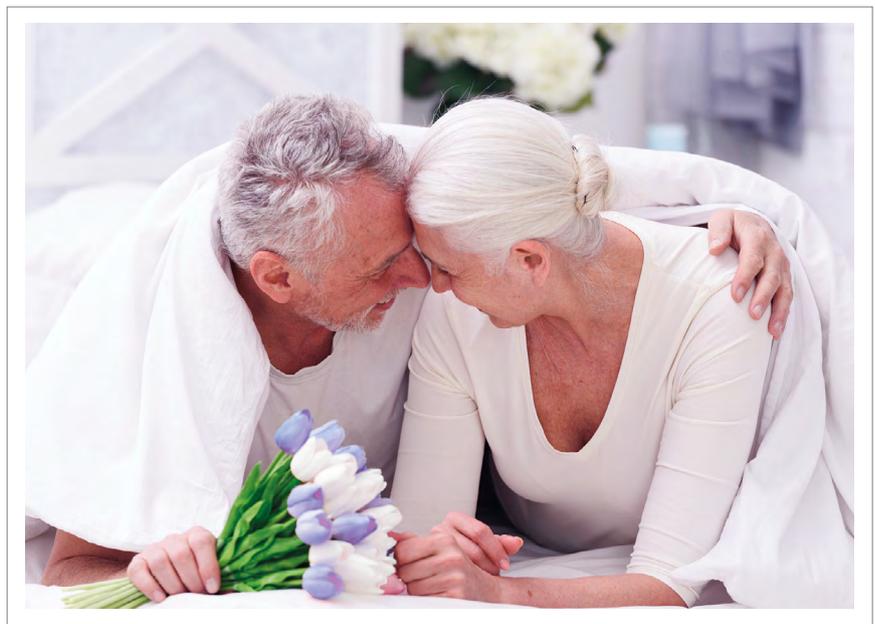
Abbiamo sottoposto gli anziani che afferiscono all'ambulatorio

Corrispondenza: giuseppe.maso@gmail.com

del medico di medicina generale ad un questionario sulla sessualità utilizzando per l'analisi dei dati *Google Forms*. Il questionario è stato inviato ad una cinquantina di medici invitandoli a sottoporlo ogni giorno al primo paziente ultra sessantacinquenne che si fosse presentato in studio.

Risultati

Sono stati compilati 76 questionari. L'80% dei medici erano maschi, l'età dei medici partecipanti è in *figura 1*. La maggior parte degli anziani intervistati avevano un'età compresa tra i 65 e i 70 anni (*figura 2*). Il 69.7% degli intervi-





stati assumeva terapia per l'ipertensione arteriosa, il 32.9% soffriva di diabete mellito, l'11.8% aveva una storia di neoplasia e il 6.6% soffriva di insufficienza renale cronica. Il 78.9% degli intervistati riferisce di aver avuto rapporti sessuali negli ultimi sei mesi. Tra questi ultimi il 46.7% riferisce di avere rapporti più di 2/3 volte al mese, il 31.7% meno di una volta al mese e il 21.7% una o più volte alla settimana (figura 3). Per quanto riguarda la qualità dei rapporti sessuali in questo gruppo di soggetti, il 60% degli intervistati ha dichiarato di aver avuto rapporti piacevoli per la maggior parte delle volte, il 23.3% piacevoli per la metà delle volte, il 15% piacevoli per un quarto delle volte mentre una piccolissima percentuale ha riferito rapporti sgradevoli. Alla domanda "quante volte riesce a raggiungere l'orgasmo?" il 36% degli intervistati ha risposto sempre, il 28.3% la maggior parte delle volte, il 23.3% la metà delle volte, il 10% un quarto delle volte e il resto ha risposto mai.

Alla domanda "assume farmaci per la disfunzione erettile?" il 46.7% dei soggetti che hanno avuto rapporti sessuali negli ultimi sei mesi ha risposto qualche volta, il 35% mai assunti, mentre il 18.3% ha riferito di assumerli sempre (figura 4).

Gli anziani che non hanno rapporti sessuali nel 50% dei casi riferiscono di avere patologie o di assumere farmaci responsabili di disfunzione erettile, mentre l'altro 50% dichiara che il partner non vuole più avere rapporti per motivi psicologici o medici.

Alla domanda "vorrebbe migliorare o aumentare la sua attività sessuale?" il 65.8% ha risposto sì, con il mio partner, il 21% no non

mi interessa più e il 13.2% sì, ma non con il mio partner.

Conclusioni

Nonostante siano stati numerosi i medici invitati a partecipare alla ricerca il numero totale dei quesio-

nari compilati si è fermato a 76. I medici di famiglia italiani sono oberati da un carico burocratico elefantino e non sono abituati a produrre dati. La Medicina Generale nel nostro paese non è disciplina accademica e questo limita notevolmente l'attitudine alla ri-

FIGURA 1

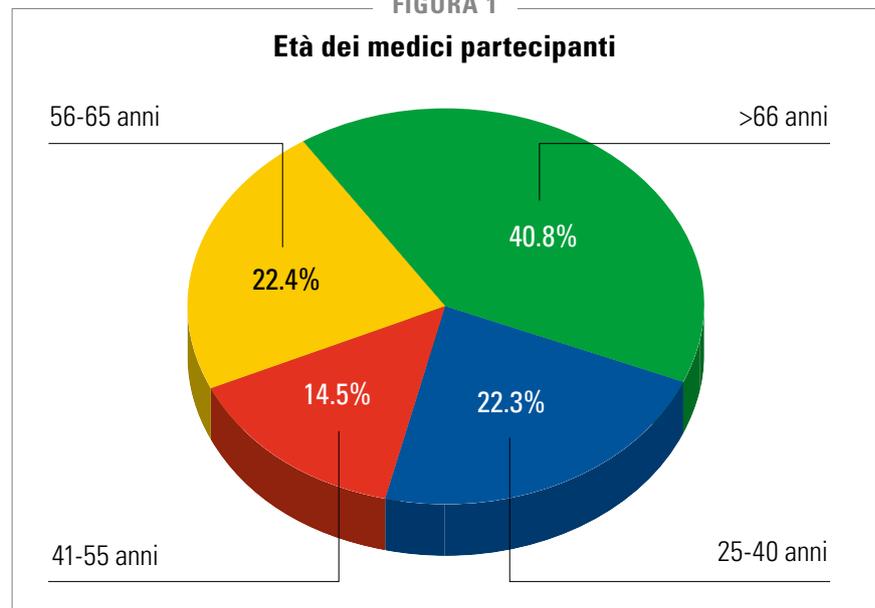
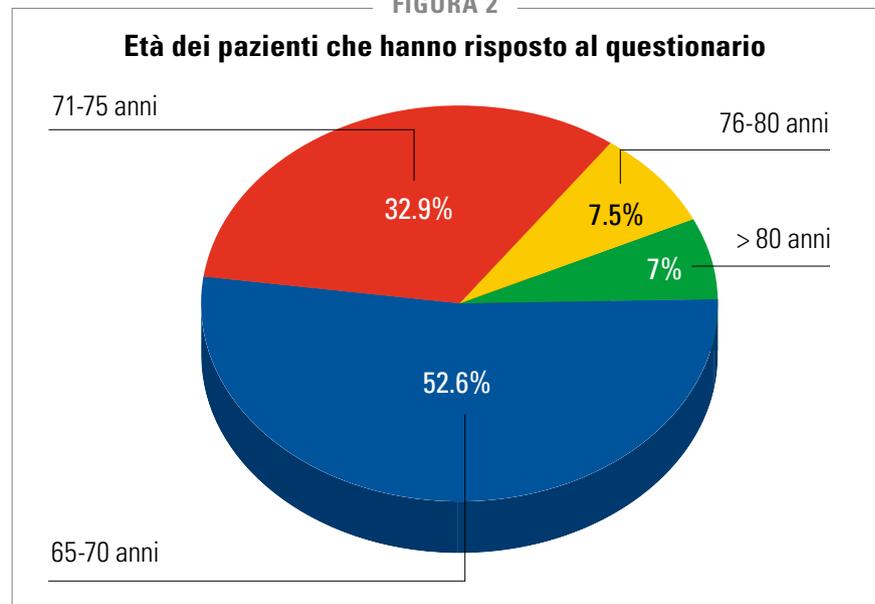


FIGURA 2



cerca. Alcuni colleghi hanno trovato l'oggetto dell'indagine troppo delicato, hanno avuto timore di entrare troppo nella sfera intima dei pazienti, altri, invece, hanno dichiarato che il tema stesso li metteva a disagio. Ancora una volta, in Italia, sessualità e affettività si so-

no dimostrati temi scomodi da affrontare. Le patologie croniche riferite dal campione esaminato confermano quanto già si sa sulla epidemiologia in età geriatrica. L'80% degli intervistati dichiara di avere rapporti sessuali e ciò mette in evidenza come la realtà sia di-

versa dall'immaginario collettivo che descrive la sessualità in età geriatrica con termini peggiorativi e inappropriati considerandola oscena o bizzarra. La frequenza dei rapporti conferma come anche in età avanzata il desiderio sia presente e come sia viva la volontà di soddisfarlo. I rapporti vengono descritti come piacevoli nel 40% dei casi e solo 1/3 degli intervistati dichiara di raggiungere sempre l'orgasmo. Esistono problematiche non manifestate che probabilmente meriterebbero indagine e interesse da parte dei medici curanti. Il 65% del campione riferisce di assumere sempre o saltuariamente farmaci per la disfunzione erettile; molto probabilmente ci sono dei canali di approvvigionamento di questi farmaci diversi dalla prescrizione medica, rischi ed effetti collaterali verosimilmente sono sottovalutati. La maggior parte del campione sessualmente attivo vorrebbe migliorare o aumentare l'attività sessuale per lo più con il proprio partner ma anche, se pur in percentuale minore, non con esso. Lo studio mette in evidenza, se ancora ce ne fosse bisogno, come il desiderio e l'attività sessuale siano presenti in età geriatrica. L'argomento meriterebbe un maggior approfondimento e maggiori dati per esplorarne a fondo tutti gli aspetti fisici, psicologici, sociali ed etici. Si percepisce comunque un bisogno di maggior formazione sul tema da parte della Medicina Generale, formazione necessaria per mettere in atto una medicina di iniziativa e di opportunità indispensabile per far emergere i problemi che, per molti motivi, non vengono riferiti al proprio medico.

FIGURA 3

Con quale frequenza ha rapporti sessuali?

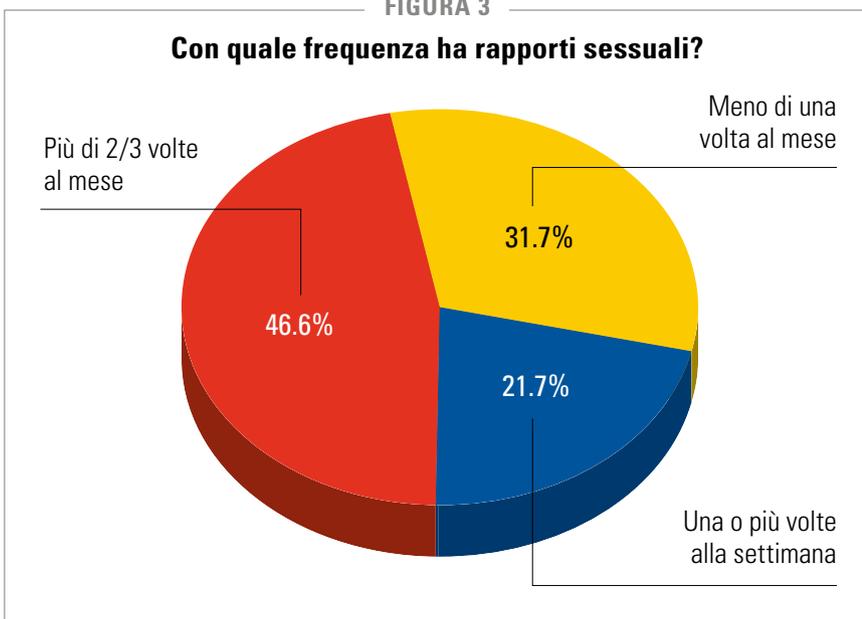
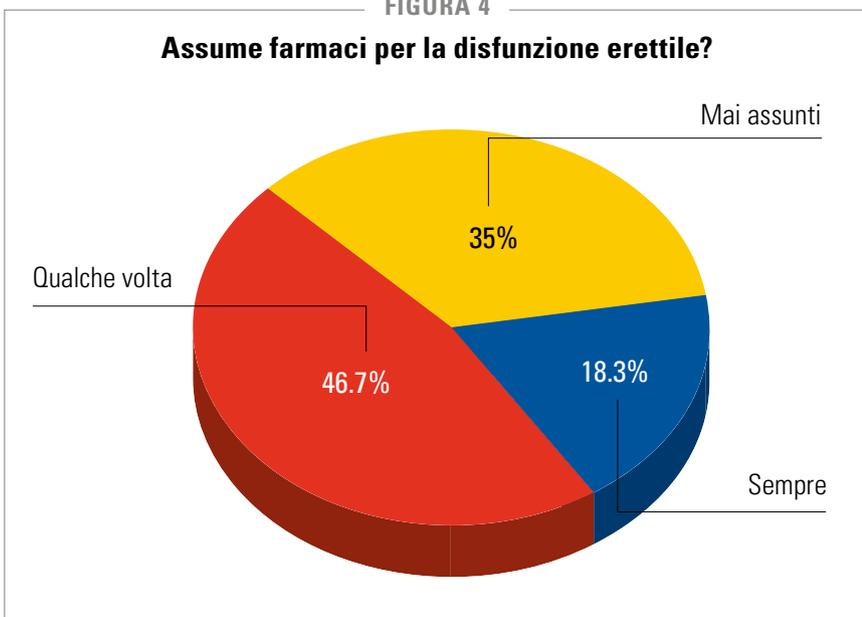


FIGURA 4

Assume farmaci per la disfunzione erettile?



Si ringraziano i colleghi che hanno contribuito alla raccolta dati



L'arginamento dell'antibiotico-resistenza passa dalla medicina del territorio

Nel contenere la problematica della resistenza agli antibiotici, il Mmg può svolgere un ruolo cruciale, essendo il primo filtro per la maggior parte delle condizioni infettive.

Spesso però deve fronteggiare anche la richiesta dei pazienti, a cui è importante indirizzare un'informazione articolata e completa perché siano coinvolti e partecipi

Secondo i dati riportati dal sito del Ministero della Salute in Europa sono circa 670mila/l'anno le infezioni di batteri resistenti alle cure, che causano 30mila decessi, di cui un terzo in Italia. Le cause di questo fenomeno sono note: tra queste la prescrizione eccessiva o inappropriata di antibiotici. In tale la medicina del territorio può svolgere un ruolo cruciale, visto che rappresenta il primo filtro per la maggior parte delle affezioni infettive. Non solo, spesso i Mmg devono fronteggiare anche la richiesta da parte dei pazienti, a cui è importante indirizzare un'informazione corretta.

Scelta dell'antibiotico

Spiega **Cristina Costa**, Professore Ordinario di Microbiologia e Microbiologia Clinica e Direttore della Scuola di Specializzazione in Microbiologia e Virologia all'Università di Torino: "La scelta dell'antibiotico più appropriato non deve riguardare solo farmaci ad ampio spettro, ma essere il più possibile mirata su quella che è l'epidemiologia e la più probabile origine dell'infezione".

Per questo il Mmg si può avvalere del supporto del microbiologo, per selezionare la terapia sulla base dell'effettivo risultato di un test di laboratorio. "Questo è importante -continua Costa- perché se non si ha un test diagnostico rapido ed affidabile si ricorre a una terapia antibiotica empirica. Laddove invece è possibile ed è disponibile un test microbiologico si

ha la possibilità di effettuare un approccio mirato. Questo in realtà non è un costo aggiuntivo, ma si traduce in un risparmio sia sul singolo paziente, che guarirà e gestirà meglio il suo evento infettivo, ma anche sulla comunità stessa".

Comunicare col paziente

Coinvolgere il paziente, spiegando il razionale della scelta terapeutica rappresenta un aspetto importante e può essere facilitato dagli esiti del test microbiologico e dell'eventuale antibiogramma. Non solo. È fondamentale spiegare, aggiunge Costa "anche l'importanza della durata e della dose come sono indicate dal medico, perché purtroppo a volte il paziente, a fonte di un miglioramento sintomatologico, tende ad auto-sospendere la terapia, e questo è un fenomeno che va a selezionare la sottopopolazione di batteri più resistenti".

Misure comportamentali

È anche importante che il Mmg insegni e raccomandi tutte le misure igieniche, che restano un presidio importantissimo non solo nella gestione dei pazienti ma anche dei contatti e dei familiari. "Per esempio -specifica la professoressa- per quanto concerne i pazienti pluriricoverati, critici, che quando ritornano in comunità sono spesso colonizzati da batteri multiresistenti, con semplici misure igieniche è possibile gestire molto meglio la loro convivenza coi loro fami-

gliari ed evitare che dalla colonizzazione si passi a una nuova infezione".

Condivisione dei dati

"Altro fattore fondamentale -aggiunge Costa - è il flusso informativo che il Mmg può instaurare con le strutture di riferimento sanitarie. Infatti il medico del territorio è un collettore di dati che a sua volta può confrontarsi coi dati epidemiologici dei network europei, nazionali e regionali. Laddove si ha questo scambio informativo si ha anche di più la percezione e la visione di insieme della situazione del proprio contesto".

E conclude: "l'antibioticoresistenza potrebbe avviarsi a diventare la prima causa di morte, a causa delle infezioni, poiché il nostro armamentario terapeutico è limitato quando ci troviamo a combattere microorganismi resistenti o multiresistenti. Esistono ora anche microorganismi pan resistenti, per cui occorre ricorrere a stratagemmi come le terapie di combinazione o sollecitare l'industria farmaceutica per la ricerca e lo sviluppo di nuovi antibiotici". Per ora, per arginare questo fenomeno, le norme prescrittive e comportamentali rimangono un imprescindibile baluardo. *L.T.*



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Cristina Costa

Il supporto nutrizionale nel paziente oncologico: le nuove linee guida Aiom

È recente la pubblicazione della versione aggiornata delle raccomandazioni per il supporto nutrizionale dei pazienti oncologici in terapia attiva.

Nel contesto oncologico la malnutrizione è infatti una comorbidità frequente, associata a maggiore mortalità e spesso a necessità di sospendere i trattamenti

Elisabetta Torretta

Negli ultimi anni è migliorata la sensibilità su questa tematica non solo a livello istituzionale, ma anche tra gli operatori sanitari. La Carta dei diritti del paziente oncologico all'appropriate e tempestivo supporto nutrizionale è servita da spunto al Ministero della Salute per pubblicare le Linee di indirizzo sui percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici. Inoltre, sono sempre più numerosi i centri Oncologici che collaborano con i Centri/Strutture/Servizi di Nutrizione Clinica. Gli studi clinici relativi al supporto nutrizionale sono in aumento e riportano risultati uniformi in merito al ruolo fondamentale di un supporto nutrizionale tempestivo ed appropriato nel condizionare i risultati clinici.

Nel contesto oncologico è ormai noto come la malnutrizione sia associata a ridotta tolleranza ai trattamenti, peggiore prognosi, minore qualità di vita e aumento dei tempi di degenza, della riospedalizzazione e dei costi sanitari. Tuttavia, nonostante una crescente consapevolezza dell'importanza della nutrizione presso i centri oncologici, l'approccio alla gestione nutrizionale in Italia risulta essere eterogeneo e non sempre la gestione ed il supporto nutrizionale sono adeguati. Nella pratica clinica, la mal-

nutrizione è spesso sottodiagnosticata, poco segnalata e, di conseguenza, insufficientemente trattata. Inoltre, l'intervento nutrizionale può diventare un intervento limitato alle fasi finali della vita o, in alcuni casi, può non essere prescritto affatto per i pazienti oncologici a rischio nutrizionale.

Calo ponderale, cachessia e sarcopenia caratterizzano la malnutrizione correlata al cancro. La malnutrizione è il risultato di una insufficiente assunzione di nutrienti che porta non solo alla perdita di peso ma anche a modificazioni della composizione corporea, in particolare della massa muscolare, che in ultima analisi portano a una riduzione della funzione fisica.

I pazienti affetti da neoplasia possono inizialmente sperimentare una perdita dell'appetito dovuta a segnali di appetito alterati, insieme ad una sintomatologia che può compromettere la normale assunzione alimentare, ad esempio ulcere nel cavo orale, diarrea, vomito, dolore, occlusioni intestinali o malassorbimento.

In aggiunta il tumore innesca una condizione infiammatoria sistemica alimentata da citochine e fattori di derivazione tumorale coinvolti in una serie di alterazioni metaboliche che contribuiscono alla perdita di

massa muscolare, che avviene anche o nonostante il paziente sia in grado di assumere alimenti in maniera adeguata; ciò inevitabilmente conduce alla comparsa di un quadro di cachessia che è tipico delle forme avanzate di tumore.

La presenza di sarcopenia è stata associata ad un maggior rischio di morte in pazienti con neoplasia a partenza da: vie biliari (HR 2.10), colon-retto (HR 1.34 p=0.10), stomaco (HR 2.12), esofago (HR 1.68), cavo orale (HR 1.93), pancreas (HR 1.50), reni (HR 1.83), prostata (HR 1.44), NsclC (Non-Small Cell Lung Cancer) (a 1 anno OR 2.44; a 2 anni OR 1.60), ovaio (a 5 anni HR 1.35).

Una minore sopravvivenza libera da recidiva (Rfs) è stata associata alla presenza di sarcopenia in pazienti affetti da carcinoma delle vie biliari (HR 2.18) e del pancreas (HR 1.28). Inoltre, una peggiore sopravvivenza libera da malattia (Dfs) è stata associata alla presenza di sarcopenia in pazienti affetti da carcinoma dell'esofago (HR 1.97), e in pazienti con carcinoma del cavo orale (HR 1.79).

Nonostante la natura osservazionale della maggior parte degli studi disponibili, questi evidenziano come sia di importanza fondamentale poter identificare precocemente e

monitorare la composizione corporea nei pazienti oncologici, al fine di prevenire e/o trattare adeguatamente la sarcopenia.

Le metodiche di valutazione della composizione corporea

L'introduzione di metodi strumentali per la valutazione della composizione corporea, tra cui la tomografia computerizzata, ha facilitato la comprensione della reale prevalenza della cachessia, che colpisce il 50-80% dei pazienti oncologici, e della sarcopenia, presente nel 20-70% a seconda del tipo di tumore. La composizione corporea può essere valutata anche con altre metodiche quali la DEXA (densitometria ossea a doppia energia) e la bioimpedenziometria. È importante sottolineare che il deterioramento muscolare si verifica anche nei pazienti oncologici in sovrappeso e obesi, in cui l'eccesso ponderale "nasconde" tale condizione. Nell'ambito delle neoplasie, la perdita di massa muscolare rappresenta un fattore prognostico negativo indipendentemente dall'indice di massa corporea, aumentando il rischio di tossicità da chemioterapia, riducendo il tempo alla progressione del tumore, peggiorando gli esiti chirurgici e la funzione fisica ed aumentando la mortalità.

Tempi e modalità per lo screening del rischio nutrizionale

Lo screening del rischio nutrizionale dovrebbe essere eseguito al momento della diagnosi, ripetuto sistematicamente ad ogni visita ambulatoriale ed entro 48 ore dal ricovero in ospedale. Nei pazienti destinati a interventi chirurgici risultano utili, come evidenziato da alcuni studi, interventi nutrizionali preoperatori basati sull'adozione di



supplementi orali; in linea di massima l'intervento nutrizionale preoperatorio parrebbe efficace nell'evitare cali di peso significativi.

La necessità di un approfondito monitoraggio nutrizionale e l'adozione di strategie nutrizionali di supporto si estendono anche nel periodo postoperatorio, momento della vita del paziente caratterizzato da una significativa perdita di peso corporeo (entro 3-7 giorni al momento della dimissione).

Aumentano i rischi di tossicità da chemioterapici

Nei pazienti in trattamento chemioterapico è comune il riscontro, al momento dello screening nutrizionale, di un basso indice di massa muscolare scheletrica (Smm) e dell'indice di densità muscolare scheletrica (Smd). Studi osservazionali mostrano che valori bassi sono elementi che condizionano un maggior rischio di tossicità ematologica da chemioterapia, mentre valori molto alti non hanno dimostrato correlazioni significative con un maggiore rischio. Emerge come fondamentale quindi il monitoraggio di questi parametri in corso di trattamenti chemioterapici.

Il supporto nutrizionale dovrebbe

essere specifico per ogni paziente, basato sulle condizioni nutrizionali e cliniche, sui trattamenti oncologici pianificati e l'esito atteso. Esso dovrebbe includere il counseling nutrizionale, con la possibilità di utilizzare i supplementi nutrizionali orali e/o la nutrizione artificiale in base alla valutazione, ed assicurare uno stretto monitoraggio dell'assunzione alimentare spontanea, della tolleranza e dell'efficacia. Il supporto nutrizionale e le modificazioni dietetiche dovrebbero aiutare a mantenere o recuperare lo stato nutrizionale attraverso l'incremento o la conservazione dell'apporto calorico-proteico. Queste nuove linee guida Aiom rappresentano un passo fondamentale nell'evoluzione dell'approccio globale alla gestione dei pazienti oncologici ed hanno l'obiettivo di migliorare i risultati clinici, la qualità della vita dei pazienti e l'efficienza del sistema sanitario attraverso l'implementazione di cure nutrizionali appropriate e tempestive.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF del documento sulle linee guida

Polipillola e rischio cardiovascolare: outcomes degli studi clinici e applicabilità nella pratica clinica

L'uso di una polipillola rappresenta una strategia per semplificare la terapia e migliorarne l'assunzione, riducendo i costi e migliorando l'accesso alle cure. Con benefici evidenti sulla riduzione del rischio di nuovi eventi e di morte

a cura di: **Pasquale De Luca**¹

con la collaborazione di: **Angelo Benvenuto**¹, **Vito Sollazzo**², **Antonio De Luca**²

Le malattie cardiovascolari rappresentano oggi la principale causa di morte prematura a livello globale. La prevenzione, quindi, rimane una grande sfida per i sistemi sanitari.

Diversi studi clinici hanno dimostrato che la strategia farmacologica "polipillola", contenente una combinazione di tre farmaci utilizzati per la prevenzione cardiovascolare secondaria, riduce il rischio di ri-ospedalizzazione e di morte.

Che cos'è la polipillola per la prevenzione cardiovascolare?

Le persone che hanno avuto un infarto del miocardio hanno un rischio più elevato di avere un secondo evento cardiovascolare, ad esempio un altro infarto o un ictus ischemico, nel corso della loro vita. Chi sopravvive a un attacco cardiaco diventa un malato cronico: la malattia modifica la qualità della vita, espone i pazienti a un ri-

schio elevato di incorrere in nuove ospedalizzazioni e comporta notevoli costi economici per la società.

La terapia raccomandata per la prevenzione di nuovi eventi consiste principalmente nell'assunzione di statine, antiaggreganti e ACE-inibitori.

Diversi lavori scientifici, hanno dimostrato che dopo alcuni mesi dall'infarto del miocardio, circa la metà dei pazienti smette di seguire con regolarità la terapia raccomandata. Le ragioni che portano il paziente a non assumere più i farmaci sono, ad esempio, la complessità del trattamento, l'elevato numero di terapie da assumere quotidianamente o la presenza di più patologie, in particolare nei pazienti anziani. In questo contesto, l'uso di una polipillola con all'interno tutti i diversi farmaci raccomandati per la prevenzione, rappresenta una strategia per semplificare la terapia e migliorarne l'assunzione, riducendo i costi e migliorando l'accesso alle cure in particolare nei paesi a basso reddito. La strategia polipillola, inoltre, aumenta l'aderenza ai trattamenti raccomandati per la prevenzione cardio-

vascolare e migliora il profilo di rischio delle persone che la assumono.

La polipillola è una capsula da assumere una volta al giorno in modo che i pazienti assumano più farmaci in un'unica somministrazione.

I farmaci contenuti nella polipillola sono:

- la statina, che riduce i livelli di colesterolo nel sangue (ricordiamo che un eccesso di colesterolo può portare alla formazione di depositi di grasso nei vasi sanguigni, detti anche "placche aterosclerotiche");
- l'aspirina, che inibisce l'aggregazione delle piastrine presenti nel sangue, impedendo quindi la formazione di coaguli;
- l'ACE inibitore, che agisce sulla regolazione del sistema renina-angiotensina, con conseguente riduzione della pressione arteriosa.

Questi sono farmaci di dimostrata efficacia nella riduzione del rischio di nuovi eventi cardiovascolari e della mortalità nei pazienti che hanno già avuto un infarto. La polipillola 'tre in una' composta da aspirina, antipertensivo e statina, riduce del 30% il rischio di ic-

¹ S.C. Medicina Interna
Ospedale "T. Masselli-Mascia"
San Severo ASL Foggia

² S.C. Cardiologia Clinica
e Interventistica
Ospedale "T. Masselli-Mascia"
San Severo ASL Foggia



tus e infarto in chi ha già avuto un attacco cardiaco.

Negli ultimi anni, molti ricercatori hanno contribuito attivamente alla pianificazione e alla realizzazione di due studi, FOCUS e SECURE, coordinando e monitorando l'attività dei tanti reparti di cardiologia italiani, che hanno partecipato con grande entusiasmo e professionalità a entrambi gli studi.

Lo studio FOCUS, "Fixed Dose Combination Drug For Secondary Prevention" ha analizzato l'impatto della polipillola sull'aderenza rispetto ai farmaci assunti separatamente per la prevenzione secondaria dell'infarto. I risultati hanno dimostrato per la prima volta l'efficacia di un trattamento semplificato nel migliorare l'aderenza, in questa popolazione.

Successivamente, i ricercatori hanno deciso di valutare se il miglioramento dell'aderenza era associato anche ad una riduzione di eventi cardiovascolari. Questo l'obiettivo dello Studio SECURE "Secondary Prevention of Cardiovascular Disease in the Elderly".

Il SECURE rappresenta il primo studio a valutare l'impatto di una polipillola sugli eventi cardiovascolari maggiori nei pazienti post-infartuati, proposto dal Centro National de Investigations Cardiovasculares (CNIC), in collaborazione con sei Paesi Europei tra cui l'Italia, e finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del programma Horizon 2020.

L'uso della polipillola ha ridotto del 24% il rischio di eventi cardiovascolari e del 33% di morte per cause cardiovascolari, rispetto ai pazienti curati con il trattamento precedentemente raccomandato.

L'uso della polipillola, quindi, aiuta indubbiamente il paziente più anziano a seguire una politerapia, grazie al fatto che più farmaci so-



no racchiusi in un'unica pillola. Infatti, l'aderenza si è dimostrata ancora una volta maggiore nei pazienti che hanno assunto la "poli-

pillola" rispetto a quelli che hanno preso i tre farmaci separatamente, confermando i risultati dello studio FOCUS.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Castellano JM et al. A polypill strategy to improve adherence: results from the FOCUS project. *J Am Coll Cardiol* 2014; 64:2071-82.
- Dagenais Gilles R et al. Angiotensin-converting-enzyme inhibitors in stable vascular disease without left ventricular systolic dysfunction or heart failure: a combined analysis of three trials. *Lancet* 2006; 368:518-88.
- Ferket BS, Hunink MG et al. Cost-effectiveness of the polypill versus risk assessment for prevention of cardiovascular disease. *Heart* 2017; 103: 483-491.
- Huffman MD et al. Use of polypills for cardiovascular disease and evidence to date. *Lancet* 2017; 389: 1055-65.
- Mohamed MG, Osman M et al. Polypill for cardiovascular disease prevention: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Cardiol* 2022; 360: 91-98.
- Webster Ruth et al. Putting polypills into practice: challenges and lessons learned. *Lancet* 2017; 389: 1066-74.
- Yusuf Salim et al. Cardiovascular risk and events in 17 low, middle-, and high-income countries. *N Engl J Med* 2014; 371:818-827.



Sarcopenia: screening nel setting della Medicina Generale

Il presente lavoro riporta i risultati di uno screening condotto in uno studio di Medicina Generale, ove lavorano 4 medici di famiglia con in carico oltre 5.500 pazienti, su un campione di pazienti con fattori di rischio per la sarcopenia. Lo studio ha generato dati in linea con la letteratura internazionale ed ha permesso di individuare pazienti affetti da questa condizione

Anna Maria Bellesia - Medico di medicina generale, specializzanda in neurologia - Foggia

Leonida Iannantuoni - Medico di medicina generale, Presidente Assimefac - Foggia

La sarcopenia (EWGSOP 2019) è una condizione degenerativa, tipicamente geriatrica e potenzialmente reversibile, caratterizzata dalla presenza di una diminuita massa muscolare scheletrica associata a scarsa forza muscolare o bassi livelli di performance funzionale, costituendo un substrato favorevole allo sviluppo di complicanze cliniche e limitazioni nelle attività della vita quotidiana, non trascurabili, all'interno della popolazione prevalentemente anziana.

Obiettivi

L'obiettivo postoci è la valutazione dell'efficacia della scala SARC-F, come agile strumento di screening nell'ambito del setting della Medicina generale, per la presa in carico delle persone a rischio di sviluppare sarcopenia.

Il fronte maggiormente coinvolto, infatti, nella gestione della patologia è quello delle cure primarie e della Medicina Generale, dato che la sarcopenia non costituisce, di

per sé, un'acuzie ma piuttosto una condizione cronica e progressiva che si stabilisce con relativa gradualità, e contribuisce a peggiorare ulteriormente eventuali quadri di comorbidità.

Sorge, pertanto, la necessità di strutturare uno screening somministrabile rapidamente su un elevato numero di pazienti e che abbia un'efficacia equiparabile alle metodiche "gold standard".

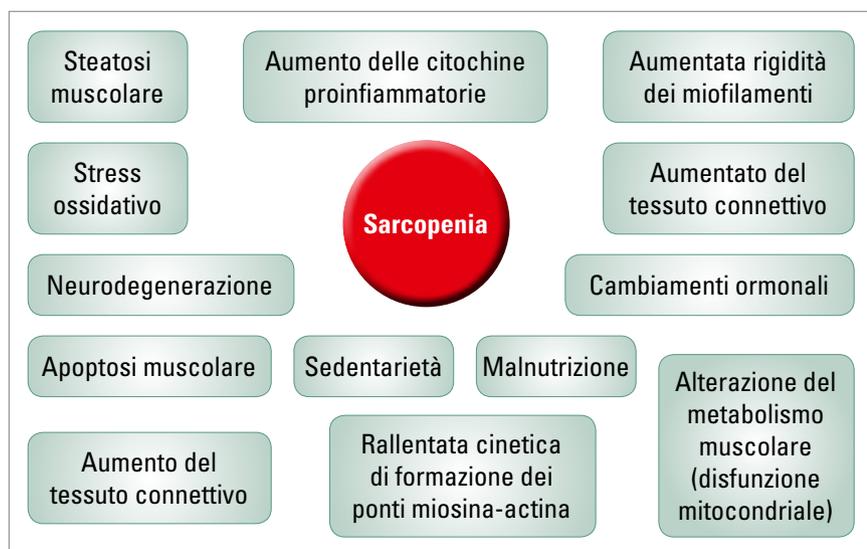
La valutazione con SARC-F rispetta questi criteri e potrebbe costituire un valido presidio all'interno di un ambulatorio di Medicina Generale, dove gli alti flussi di pazienti e l'estrema variabilità e numerosità delle patologie di base richiedono la costituzione di un algoritmo diagnostico di immediata applicabilità.

Materiali e metodi

Popolazione - Lo studio osservazionale ha avuto la durata di giorni 30, i pazienti sono stati arruolati presso lo "Studio Medico Federico II" in Foggia ove operano 4 Mmg con, in carico, complessivi 5.500 pazienti.

Criteria di inclusione:

- Età ≥ 65anni. L'EWGSOP stabili-



sce questo valore come età a partire dalla quale aumenta il rischio di sviluppare sarcopenia dopo breve allettamento.

- Funzioni cognitive conservate con capacità del paziente di comprendere le istruzioni dell'operatore.
- Vengono inclusi nello studio solo i pazienti con un gradiente di modificabilità della condizione di disabilità.

Criteri di esclusione:

- Presenza di patologie neurologiche, ortopediche ed oncologiche che di per sé costituiscono una condizione di deficit stenico e funzionale a prescindere dalla sarcopenia e che richiedono protocolli riabilitativi specifici. Ai pazienti arruolati secondo i criteri di inclusione e di esclusione è stato somministrato il questionario SARC-F (tabella 1) che indaga:

- Forza muscolare (*Strength*)
- Cammino (*Assistance with walking*)
- Alzarsi dalla sedia (*Rise from chair*)
- Salire le scale (*Climb stairs*)
- Numero di cadute nell'ultimo anno (*Falls*).

Sono stati arruolati complessivamente 150 pazienti di cui 72 di sesso maschile e 78 di sesso femminile. I suddetti pazienti sono stati divisi per fasce d'età come rappresentata dalla figura 1.

Nello specifico, nella fascia 65-69 anni sono stati inclusi 15 uomini e 18 donne; nella fascia 70-79 anni sono stati inclusi 38 uomini e 30 donne; nella fascia di età superiore agli 80 anni sono stati inclusi 19 uomini e 30 donne.

Risultati

Prendendo in considerazione la positività della valutazione con SARC-F (punteggio del test maggiore o uguale a 4), dei 150 pazienti arruolati ne deriva che complessivi 48 (pari al 32%) risultano potenzialmente a rischio di sarcopenia.

Tali pazienti sono stati, poi, suddivisi

TABELLA 1

Criteri e punteggi del questionario SARC-F

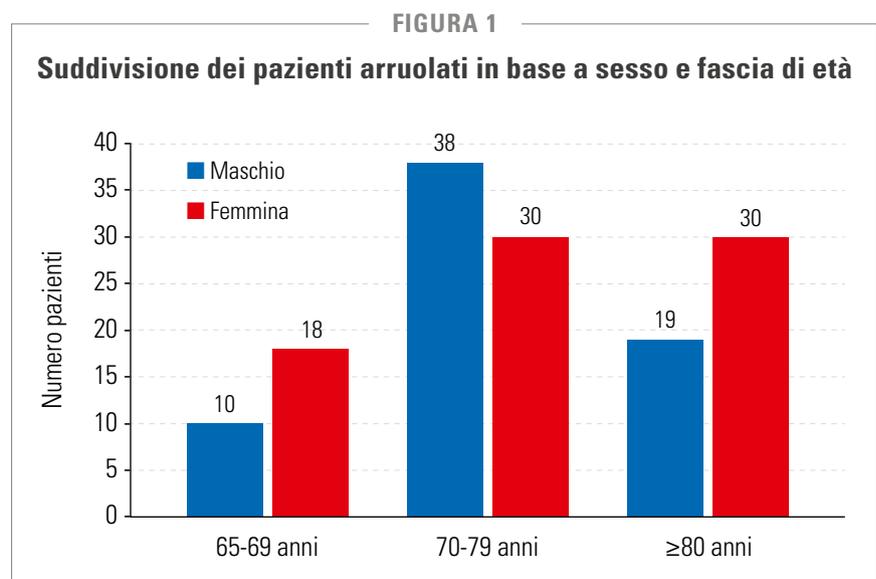
Componenti	Domanda	Punteggio
Forza muscolare	Quanta difficoltà hai nel sollevare e trasportare 10 libbre (circa 4.5 kg)?	Nessuna = 0 Alcune = 1 Molte o incapace = 2
Cammino	Quanta difficoltà incontri attraversando una stanza?	Nessuna = 0 Alcune = 1 Molte, con uso di ausili, incapace = 2
Alzarsi dalla sedia	Quanta difficoltà hai nell'alzarti da una sedia o da un letto?	Nessuna = 0 Alcune = 1 Molte o incapace senza aiuto = 2
Salire le scale	Quanta difficoltà hai salendo una rampa di 10 gradini?	Nessuna = 0 Alcune = 1 Molte o incapace = 2
Cadute	Quante volte sei caduto nell'ultimo anno?	Nessuna = 0 1-3 cadute = 1 4 o più cadute = 2

nuovamente per fascia d'età e sesso come mostrato nella figura 2.

Si evince che nella fascia 65-69 anni il rischio di sviluppare sarcopenia è pressoché identico nei due sessi (0.6% negli uomini e 0.5% nelle donne), ma all'aumentare dell'età, aumenta il rischio di

svilupparla nei soggetti di sesso femminile: nella fascia d'età 70-79 il rischio è del 13% negli uomini e del 26% nelle donne; arrivando infine al 52% negli uomini e al 76% nelle donne che abbiano superato gli 80 anni d'età.

I pazienti arruolati sono stati divisi



in due gruppi: **basso rischio di sarcopenia** (punteggio < 4) e **alto rischio di sarcopenia** (punteggio \geq 4). In questo studio, i pazienti con **basso rischio** presentano condizioni sufficientemente integre, tali da non richiedere alcun ti-

po di trattamento ma a cui si suggeriscono, comunque, stili di vita atti ad evitare, in futuro, l'insorgenza della sarcopenia.

I pazienti invece ad **alto rischio** hanno un potenziale rischio di deficit funzionale e su di loro, l'inter-

vento preventivo e terapeutico può avere maggior efficacia in termini di recupero.

Conclusioni

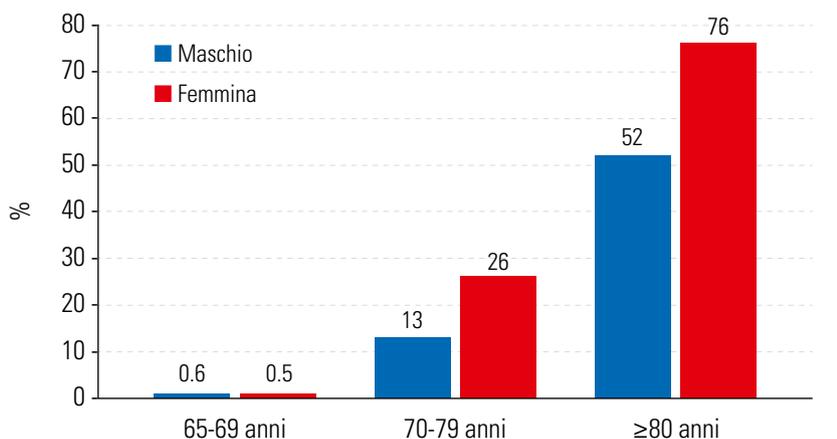
La sarcopenia è un crescente problema sanitario globale che, a livello mondiale, interessa anche oltre il 50% delle persone di età superiore agli 80 anni.

Nel 2000, il numero di persone di età \geq 60 anni nel mondo era stimato a 600 milioni. Si prevede che tale dato aumenterà fino a 1.2 miliardi entro il 2025 e a 2 miliardi entro il 2050. Anche con una stima conservativa della prevalenza, la sarcopenia colpisce oggi più di 50 milioni di persone e colpirà più di 200 milioni nei prossimi 40 anni.

Da questo studio osservazionale si evince come un semplice questionario, somministrabile in pochi minuti nel setting della Medicina Generale, possa essere d'aiuto nella prevenzione della patologia.

FIGURA 2

Soggetti con rischio aumentato di sviluppare sarcopenia divisi per fasce d'età e sesso



BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30312372/>
- <https://academic.oup.com/ageing/article/48/1/16/5126243?login=false> <https://academic.oup.com/ageing/article/48/1/16/5126243>
- <https://www.accademiageriatria.it/sarcopenia-revised-european-consens>
- <https://cris.maastrichtuniversity.nl/en/publications/sarcopenia-revised-european-consensus-on-definition-and-diagnosis>
- <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02533-y> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27886695/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5127276/>
- [https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(16\)30071-4/fulltext](https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(16)30071-4/fulltext) <https://link.springer.com/article/10.2165/00002512-200219110-00004>
- <https://academic.oup.com/ageing/article/42/2/145/27527?login=false>
- https://journals.lww.com/jaapa/abstract/2006/10000/health_related_implications_and_management_of.8.aspx
- <https://link.springer.com/article/10.1007/s42000-018-0049-x> <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/9/1991>
- <https://academic.oup.com/nutritionreviews/article/61/5/157/1839032?login=false> <https://academic.oup.com/ageing/article/42/2/145/27527>
- <https://www.mdpi.com/2227-9059/11/6/1635>
- https://www.researchgate.net/publication/310742718_Pathogenesis_and_Management_of_Sarcopenia
- <https://link.springer.com/article/10.2165/00002512-200219110-00004>
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31171417/#:~:text=Sarcopenia%20is%20a%20progressive%20and,decline%2C%20frailty%2C%20and%20mortalityhttps://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC64923>
- <https://www.nutritionalacademy.it/sarcopenia/consigli-nutrizionali-la-prevenzione-e-il-mantenimento-della-massa-muscolare>
- <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/altre-news/dieta-proteica-e-attivita-fisica-contro-la-sarcopenia>
- <https://www.grupposandonato.it/news/2019/dicembre/prevenire-sarcopenia-e-osteoporosi-con-dieta-proteica>
- <https://www.sigg.it/assets/congressi/53-congresso-nazionale-sigg/slide/Sgadari.pdf> <https://fondoassistenzaebenessere.it/sarcopenia/>
- <https://www.deutera.com/area-teurapetica/sarcopenia/> <https://www.nutricia.it/a/sarcopenia>
- <https://www.nurse24.it/studenti/patologia/sarcopenia-muscolo-invecchia.html>
- <https://www.paideiahospital.it/sarcopenia-nellanziano-e-prevenzione-delle-cadute/>
- https://www.fondazionegraziottin.org/it/articolo.php/Prevenzione-della-sarcopenia-i-benefici-di-un-alimentazione-sana?EW_CHILD=28253