M.D.

MEDICINAE DOCTOR Anno XXVIII, numero 4 - 2021

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

In questo numero

FOCUS ON 6

Medicina del territorio: il Pnrr e il 'non senso' delle Case di Comunità

PROFESSIONE 8

C'è una questione medica con cui fare i conti prima di riformare il Ssn

CLINICA 16

Up to date: sensibilità al glutine non celiaca

MANAGEMENT 20

Gestione domiciliare della Covid-19

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

Dario Manfellotto

Presidente FADOI
(Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti)
Ospedale Fatebenefratelli-Isola Tiberina di Roma

Integrazione ospedale-territorio: armi vincenti non solo contro la pandemia

M.D. MEDICINAE DOCTOR

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXVIII numero 4 maggio 2021

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

Direttore Responsabile
Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.
Massimo Bisconcin, Claudio Borghi,
Nicola Dilillo, Giovanni Filocamo,
Massimo Galli, Mauro Marin,
Carla Marzo, Giacomo Tritto

Redazione
Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione
Rossana Magnelli

Pubblicità
Teresa Premoli
Sara Simone

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

Amministratore unico
Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

RCP Ciproxin

In questo numero

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
  Integrazione ospedale-territorio: armi vincenti non solo contro la pandemia 5
- **Focus on**
  Medicina del territorio: il Pnrr e il 'non senso' delle Case di Comunità 6
- **Professione**
  C'è una questione medica con cui fare i conti prima di riformare il Ssn 8
- **Riflettori**
  Scudo penale, una buona notizia per medici e operatori sanitari 9
- **Contrappunto**
  La "panpazzia" territoriale 10
- **Proposte**
  La sanità e le cure declinate al femminile 12
- **Indagini**
  Vaccinazione anti Covid, rifiuto e perplessità degli italiani 13
- **Recensioni**
  Intelligenza Artificiale e Medicina Digitale 14
- **Storia della medicina**
  Dalla peste al Covid-19, una mostra racconta la lotta dell'uomo contro i virus 15

CLINICA E TERAPIA

- **Clinica**
  Up to date: sensibilità al glutine non celiaca 16
- **Pratica medica**
  Osteomielite sterno-claveare in diabetico 18
- **Management**
  Gestione domiciliare della Covid-19 20
- **Ricerca**
  Evidenze su post-Covid e long-Covid 24
- **Trial**
  Iperparatiroidismo e ipertrofia cardiaca 25
- **Saper fare**
  Agopuntura e sistema immunitario 26
- ***Rassegna da* Nutrienti e Supplementi**
  Low Fodmap e vitamina D nella Ibs 27
  Effetto antitumorale dei funghi 28
  Consumo di carne rossa e danni cardiaci 29
  Dieta mediterranea benefica in menopausa 29
  Vitamina K a protezione delle ossa 30

Integrazione ospedale-territorio: armi vincenti non solo contro la pandemia

"L'emergenza sanitaria per la pandemia da SARS-CoV-2 ci sta insegnando che investire e focalizzarsi su un'unica specialità medica o su un singolo segmento del Servizio sanitario nazionale è un disegno fallimentare, anche per il futuro. La strategia vincente non può che essere l'integrazione e il coordinamento tra le varie specialità mediche" - afferma nell'intervista ad *M.D.* **Dario Manfellotto**, Presidente FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti) - Direttore UOC Medicina Interna e Dipartimento Discipline Mediche, Ospedale Fatebenefratelli-Isola Tiberina di Roma. *"L'obiettivo per garantire una migliore presa in carico dei pazienti è quello di un approccio di cura multidisciplinare, che preveda all'interno dell'ospedale la coordinazione tra i diversi specialisti e soprattutto la collaborazione e l'integrazione di tutte le strutture della 'filiera' del nostro Servizio sanitario nazionale: dai medici di medicina generale, ai servizi ambulatoriali territoriali, alle strutture ospedaliere, ai servizi di emergenza-urgenza. In questo scenario il medico internista è lo specialista della complessità clinica, che non deve però rimanere isolato nella proprie specialità e competenze cliniche ma, come un direttore d'orchestra, deve favorire il collegamento con tutte le altre figure specialistiche e con i medici di medicina generale, per porre concretamente il paziente al centro dell'assistenza"*.
Vanno superate anche alcune criticità tra ospedale e territorio. *"La collaborazione serve per cercare di superare tutte le 'pastoie' burocratiche relative alle prescrizioni e che alcune volte sono un elemento di discussione tra Mmg e medico prescrittore ospedaliero"* - auspica Dario Manfellotto. *"Il paziente non può stare 'nel mezzo' e trovarsi in difficoltà perché la terapia non è condivisa tra i diversi attori"*. E in questo circuito virtuoso non va certo dimenticato che il ruolo centrale è proprio quello del paziente: *"L'alleanza empatica e terapeutica tra medico e malato, con la promozione della partecipazione al processo di cura e l'empowerment del paziente stesso, soprattutto in presenza di malattie croniche e terapie complesse, può migliorare la sua capacità di 'fare fronte' alle patologie, così da renderlo sempre più protagonista per raggiungere il risultato migliore. Merita una riflessione anche la grande diffusione degli strumenti tecnologici come la telemedicina, che ci ha quasi travolto in questo periodo pandemico* - continua il Presidente FADOI. *Però la tecnologia non può e non potrà mai sostituirsi al contatto e alla valutazione clinica, che devono sempre precederla e governarla. Questi dispositivi moderni devono essere utilizzati con sapienza e passati al vaglio del clinico. I medici di medicina generale e gli internisti condividono lo stesso metodo clinico e la visione di insieme del paziente: dobbiamo fare attenzione ad evitare lo strapotere della tecnologia rispetto alla valutazione del paziente, perché l'attività del medico può essere supportata ma non sostituita! Sono tutti aspetti di una cooperazione per migliorare la cura e la prognosi del paziente, all'interno di una corretta ed efficace alleanza terapeutica"*. *(P.L.)*

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

Medicina del territorio: il Pnrr e il 'non senso' delle Case di Comunità

Le Case di Comunità hanno senso se inserite nella rete sociosanitaria esistente a partire dalla Medicina Generale, a dimensione orizzontale e non gerarchica. Ma non è affatto questa la caratteristica di quelle descritte nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Il rischio, visti i criteri ragionieristici con cui dovrebbero essere realizzate, che prescindono dalle caratteristiche orografiche e geo-demografiche, è quello di costruire delle classiche cattedrali nel deserto con una presenza simbolica di Mmg e sganciate dall'organizzazione territoriale reale

Giuseppe Belleri
Medico di medicina generale, Flero (BS)

Il Pnrr approvato dal Parlamento italiano promette una svolta radicale delle *policy* del territorio grazie alla diffusione di tre tipologie di servizi: le Case di Comunità, le Centrali Operative dell'ADI e gli Ospedali di Comunità. Il copioso finanziamento garantito dalla UE nel periodo 2022-2026 configura quella riforma delle cure primarie, mai attuata nell'ultimo decennio, per promuovere l'integrazione ospedale-territorio e rilanciare la sanità di prossimità. Gli *standard* previsti condizioneranno le successive norme attuative per l'utilizzo dei finanziamenti UE, così ripartiti:

- 2 miliardi per 1.288 Case della Comunità (1 ogni 46mila abitanti circa) con punto unico di accesso (PUA) ai servizi, da realizzare entro la metà del 2026
- 4 miliardi per 602 Centrali Operative Territoriali (COT, 1 ogni 100mila abitanti) dedicate alla gestione ADI
- 1 miliardo per 380 Ospedali di Comunità con 20-40 posti letto (1 ogni 156mila abitanti) da realizzare sempre entro il 2027.

Nella sede fisica della Casa della Comunità opererà un *team* multiprofessionale composto da Mmg, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti sanitari e del settore sociale, con l'obiettivo di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. Tra i servizi previsti, oltre alla valutazione multidimensionale dei bisogni, vi saranno anche un punto prelievi, strumentazione tecnologica specialistica, servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari e socioassistenziali per la presa in carico di anziani e fragili. Per ognuna delle 1.288 Case della Comunità, da inaugurare entro il 2026, è previsto un costo di circa 1,6 mln di euro per l'infrastruttura e la dotazione tecnologica, con la seguente "pianta organica": 5 dipendenti amministrativi, 10 Mmg e 8 infermieri. Il rinnovo dell'Acn per l'assistenza primaria dovrà promuovere l'adesione al progetto dei medici convenzionati senza i quali difficilmente le Case della Comunità potranno avere un impatto positivo sull'assistenza territoriale.

Il punto che desta perplessità è lo standard previsto di una Casa di Comunità ogni 50mila abitanti circa; si tratta di un parametro matematico che non considera i contesti geo-demografici e socioeconomici quanto mai diversificati lungo la penisola. Le Case della Comunità così dimensionate saranno adatte alle aree urbane ad elevata densità o perlomeno nei comuni superiori a 40 mila abitanti. Lo saranno meno nelle zone extraurbane, tenuto conto che il 90% degli 8mila comuni italiani ha meno di 15mila abitanti e che il 30% della popolazione abita in località con meno di 10mila residenti. Con questi parametri si è fatto un passo indietro rispetto alla bozza circolata nei mesi scorsi, che prevedeva 1 casa ogni 25 mila abitanti circa, e si rischia di passare dalla medicina di prossimità, più volte evocata, alla medicina di distanza: le case della comunità ogni 46mila abitanti e i COT ogni 99mila non potranno garantire una buona accessibilità nelle zone disagiate e nei comuni con popolazione sparsa in frazioni dove, peraltro, è presente in modo capillare la MG.

La Medicina di Prossimità

Medicina di prossimità significa rapporto stretto con il proprio territorio mentre con lo *standard* previsto per le Case della Comunità - dove si dovrebbero concentrare decine di Mmg in un'unica struttura - non garantisce un solido legame con l'area di riferimento nelle zone extra-urbane. Nei comuni dove le Case della Comunità non saranno attuabili per questioni logistiche, l'attuale rete di studi di Medicina Generale, in particolare le medicine di gruppo, le Unità Complesse Multiprofessionali e AFT introdotte dalla riforma Balduzzi del 2012, continuerà ad essere un punto di riferimento per i cittadini. I residenti in zone montane con difficoltà di collegamenti stradali, già ora penalizzati per la distanza dagli ospedali, non potranno di fatto gravitare e fruire della Casa di Comunità. Inoltre, difficilmente i Mmg accetteranno di lasciare i propri studi, diffusi capillarmente sul territorio, per confluire in poliambulatori lontani dalle residenze dei propri assistiti. Con il concreto rischio di costruire mega-strutture calate sul territorio, non di prossimità ma di distanza, con difficoltà a reperire le figure professionali necessarie al loro regolare funzionamento.

Bisogna inoltre considerare che in alcune regioni esiste già una rete di Case della Salute più o meno articolata e strutturata, come quella dell'EmiliaRomagna attivata a partire dal 2010. Per disegnare un nuovo assetto della rete territoriale bisogna quindi partire dalle esperienze consolidate, che suggeriscono di adottare un'architettura flessibile basata su una diversificazione modulare delle strutture, a tipo Hub&Spoke (nella scheda di programma del Pnrr se ne accenna, ma senza una declinazione coerente nel progetto di Case della Comunità). Se si vuole realizzare concretamente un'assistenza di prossimità, adatta ai bisogni della popolazione, ai contesti e alle risorse professionali disponibili, conviene adottare una strategia incrementale e flessibile a partire dall'esistente, più che una soluzione rigida e standardizzata, con tutti i rischi che porta con sé. In quest'ottica si può immaginare un *network* composto da strutture modulari su 3/4 livelli di crescente complessità:

- piccole, ovvero le attuali medicine di gruppo/Unità complesse o i micro team, nei comuni con meno di 10-15 mila abitanti, con adeguato personale segretariale, infermieristico e di ambulatori specialistici di base;
- medie, per un bacino di 15 e 30mila residenti in comuni limitrofi sul modello emiliano, con ambulatori specialisti, infermieristici, assistenti sociali, psicologi, fisioterapisti, postazione di CA e sede di AFT;
- grandi, nei comuni con più di 30mila abitanti e nei quartieri cittadini, con ulteriori servizi come nelle grandi case della Salute emiliane, ovvero il modello di Case della Comunità del Pnrr;
- HUB di Comunità: strutture che riuniscono Ospedali di Comunità, Case della Comunità e COT in aree urbane densamente popolate o per comuni sparsi, con un bacino di utenza di 100-150mila abitanti.

Case della Comunità distribuite a pioggia, con criteri ragionieristici a prescindere dalle caratteristiche orografiche e geo-demografiche sarebbero le classiche cattedrali nel deserto con una presenza simbolica di Mmg e sganciate dall'organizzazione territoriale reale. Le Case della Comunità hanno senso se inserite nella rete sociosanitaria esistente a partire dalla Medicina Generale, a dimensione orizzontale e non gerarchica, composta da nodi professionali e non professionali autonomi, ma interdipendenti; le strutture fisiche dovrebbero assolvere primariamente funzioni di coordinamento, comunicazione e integrazione tra i nodi della rete per garantire l'assistenza di prossimità, ambulatoriale e domiciliare, e prestazioni specialistiche di primo livello facilmente accessibili.

Anche la previsione di un ADI tecnologica, come soluzione per la cura delle persone con polipatologie desta qualche riserva; i soggetti fragili e soprattutto non autosufficienti hanno bisogno di assistenza *ad personam* per l'accudimento quotidiano e il soddisfacimento dei bisogni primari, ovvero di badanti o supporto a *caregiver* familiari. Per l'assistenza domiciliare bastano periodici accessi del Mmg in ADP e un'ADI prevalentemente infermieristica, che assicuri controlli periodici di parametri clinici, aderenza ed educazione terapeutica, medicazioni/prelievi etc. mentre saranno pochi coloro che usufruiranno di una telemedicina di non agevole utilizzo.

TABELLA 1

PNRR e nuova policy del territorio: un esempio pratico di cambiamento*

	Regione Lombardia	ATS Milano
Case della comunità	216	75
Centrali Operative Territoriali	101	35
Ospedali di comunità	64	22

**Numero di strutture in rapporto agli abitanti della Lombardia (10 milioni) e dell'ATS di Milano (oltre 3 milioni)*

C'è una questione medica con cui fare i conti prima di riformare il Ssn

Lo ha ribadito il presidente della FNOMCeO che si è fatto portavoce dell'insoddisfazione palesata dai medici perché oramai il disagio della categoria è trasversale, riguarda tutte le componenti della Professione che, di fatto, è restata ai margini di quel disegno futuro dell'assetto del Servizio Sanitario Nazionale delineato nel documento del Recovery Plan, inviato dal nostro Governo in Europa

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, pur con le sue tante zone d'ombra, può essere davvero l'occasione per rilanciare e riformare il Ssn. Ma le risorse messe sul piatto per il comparto sanitario fanno discutere, non solo perché non sembrano sufficienti ad ammodernare il nostro Servizio Sanitario Nazionale, ma soprattutto perché nulla ancora si sa della quota che verrà investita sul personale, per sbloccare il *turnover*, sulle assunzioni, sulla formazione. Non si tratta di un dettaglio, poiché tali risorse servono a dare risposte strutturali al disagio di una categoria, quella medica, che, dopo un anno di pandemia, non può far più leva sulla sola abnegazione professionale per far funzionare un ingranaggio desueto e inadeguato all'attuale e futura domanda di salute.

Come ha ricordato il presidente della FNOMCeO, **Filippo Anelli**, il disagio dei medici è trasversale a tutte le componenti della Professione, dagli ospedalieri ai medici di famiglia, dagli operatori del 118 agli specialisti ambulatoriali, dagli specializzandi ai pensionati, dai medici delle RSA a quelli dell'ospedalità privata. Motivo per cui c'è un urgente bisogno di "aprire la questione medica", avviando un confronto tra i rappresentanti della Professione e il Ministro della Salute.

I sindacati di categoria, nel frattempo, chiedono di poter affrontare insieme il modo in cui la professione medica possa essere rappresentata nel progetto di cambiamento del Ssn previsto dal Pnrr, per evitare che questo porti ad una mera rivisitazione in chiave manageriale del sistema salute, marginalizzando e svilendo la professione medica.

► Medicina di prossimità e MG

La tanto decantata Medicina di prossimità, secondo la maggior parte dei rappresentanti di categoria, nei fatti resta solo uno slogan. Basta soffermarsi sulla *Missione 6 Salute-Componente 1* del Pnrr per farsi palesare dei dubbi. Per esempio, dagli attuali 42 mila medici di famiglia si passerà a 35 mila, con un rapporto ottimale che da 1.150 diventerà di circa 1.800 assistiti a Mmg.

Anche per la Medicina Generale si pone una questione non di poco conto che riguarda il suo "stato dell'arte" che, di fatto, dà un quadro palesemente inadeguato a rispondere alle attuali necessità delle cure territoriali, come spesso denunciato dalla professione stessa che, da tempo, si arrovella su come riformare la MG. Le Case di Comunità, di Salute e gli Ospedali di Comunità potranno essere una buona leva per questo cambiamento?

Su questa eventuale possibilità esprime alcuni dubbi il presidente della Simg **Claudio Cricelli** che, intervendo ad un recente *webinar*: "La casa come luogo di cura", organizzato da Fortune Italia, ha dichiarato: "Prima di considerare le strutture contenitrici è importante soffermarsi sui contenuti e attualmente la nostra MG mostra moltissimi *vulnus*. Non c'è uno *standard* prefissato in cui i Mmg possano reagire tutti allo stesso modo quando arriva un'indicazione dalla catena di comando del Ssn e quanto accaduto con la pandemia lo testimonia. Attualmente esiste un buon 70% di colleghi che lavorano con strutture non evolute, appena sufficienti a rispondere ai bisogni primari pre Covid. Qualcuno ha voluto questo sistema e ha lasciato che si consolidasse perché, nel frattempo, ha rifiutato di prendere in considerazione modelli alternativi espressi dalla professione stessa. Sarebbe opportuno che tutti i medici avessero pari opportunità, innanzitutto percependo uno stipendio per la qualità delle cure e dell'assistenza che erogano".

Per quanto concerne le Case di Comunità (CdC)", il presidente della Simg ci tiene a precisare che al momento non si possono dare pareri negativi neanche positivi perché ci sono ancora troppe domande inevase, per esempio: "Il Mmg che entra a far parte di una CdC rimane un libero professionista convenzionato? Questo medico sarà dotato di tutte le strumentazioni necessarie al di là delle risorse del Pnrr? Cricelli a tale riguardo tiene a chiarire che la spesa di parte corrente deve continuare ad essere finanziata e che ad essa si aggiunge un extrafinanziamento contemplato nel Pnrr.

(A.S.)

Scudo penale, una buona notizia per medici e operatori sanitari

Un coro unanime di soddisfazione si leva dalla professione per l'approvazione in Senato, nell'iter di conversione in Legge, dell'emendamento all'articolo 3 del DL 44/2021, che estende il cosiddetto scudo penale per i professionisti sanitari a tutta l'attività prestata durante lo stato di emergenza pandemica

"Un grande passo in avanti", ma anche un "obiettivo di contenimento del rischio di una seconda epidemia che attendeva tutti gli operatori sanitari: quella giudiziaria". Questi alcuni dei commenti che hanno accompagnato l'approvazione in Senato, nell'iter di conversione in Legge, dell'emendamento all'articolo 3 del DL 44/2021, che estende il cosiddetto scudo penale per i professionisti sanitari. Il disegno di legge di conversione del Decreto Covid è stato approvato in Senato con 144 sì, 25 no e tre astensioni. "Un grande passo in avanti, perché - spiega il presidente della FNOMCeO **Filippo Anelli** - la limitazione della responsabilità penale ai soli casi di colpa grave non è più circoscritta alle vaccinazioni, ma riguarda tutta l'attività prestata durante lo stato di emergenza epidemiologica dovuta al Covid". Per Anelli la norma è "una prima importante risposta ai bisogni della classe medica ed un omaggio ai colleghi deceduti, che si sono spesi per la comunità pur sapendo di operare quasi in condizioni di guerra, è una garanzia per medici e professionisti sanitari, che potranno ora operare con maggiore serenità".

"Sul piano civile - continua Anelli - non si nega il risarcimento al soggetto leso, perchè questa norma riguarda esclusivamente l'aspetto penale". In questi mesi, varie sono state le cause aperte nei confronti di medici, con avvii di procedimenti che ora, però, continua Anelli "dovranno essere valutati diversamente proprio alla luce di questo provvedimento".

Il rischio di una pandemia giudiziaria

"Ai fini della valutazione del grado della colpa - precisa **Carlo Palermo**, segretario nazionale Anaao Assomed - ora il magistrato dovrà tener conto, tra i fattori che ne possono escludere la gravità, delle limitate conoscenze scientifiche su questa nuova patologia e sulle terapie più appropriate, della scarsità delle risorse umane e materiali concretamente disponibili in relazione all'enorme numero dei casi da trattare oltre che dell'aver svolto l'attività professionale al di fuori della propria area di specializzazione. Tale decisione rappresenta un importante passo in avanti e un obiettivo contenimento del rischio di una seconda epidemia che attendeva tutti gli esercenti le professioni sanitarie: quella giudiziaria".

"Ritengo si tratti di un segnale fondamentale - ha dichiarato **Federico Gelli**, presidente della Fondazione Italia in Salute -nei confronti di chi ha lavorato in prima linea in questo anno così complicato. Far rischiare coloro che abbiamo definito 'eroi' di diventare i protagonisti di una possibile pandemia giudiziaria sarebbe stata un'enorme ingiustizia. Questa modifica è anche nell'interesse dei cittadini dal momento che gli operatori potranno sentirsi più liberi nello svolgimento del loro lavoro senza dover ricorrere a fenomeni di medicina difensiva".

Una decisione importantissima

Per la la Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (Fofi), "l'estensione del cosiddetto scudo penale, oltre all'attività vaccinale, anche alle altre prestazioni rese dai professionisti sanitari nelle condizioni di emergenza indotte dalla Covid-19 è una decisione importantissima, che traduce in un atto concreto le tante manifestazioni di riconoscenza e di stima che la cittadinanza e la politica hanno sempre tributato a tutti i camici bianchi italiani. Il Comitato centrale della Fofi si unisce a tutte le rappresentanze delle professioni sanitarie nel ringraziare il Governo, il Ministro della Salute, **Roberto Speranza**, la Ministra della Giustizia, **Marta Cartabia** e il Sottosegretario alla Giustizia **Francesco Paolo Sisto**. Questa norma non costituisce un salvacondotto, ma inserisce stabilmente tra gli elementi necessari alla valutazione delle responsabilità del professionista anche le condizioni, spesso estreme, in cui i professionisti della sanità si sono trovati e si trovano a operare in questa terribile emergenza sanitaria".

La “panpazzia” territoriale

Se Erasmo da Rotterdam fosse vissuto adesso nel nostro Paese e fosse stato un medico, probabilmente, avrebbe riscritto il suo best seller “Elogio della Follia” non riferendosi alla Chiesa, ma piuttosto alla sanità ai tempi del Covid-19. Tanta improvvisazione, imperizia, poca professionalità non si era mai vista prima dalle parti del Ministero della Salute. Così vince chi parla di più, ma ad urlare sono sempre gli stessi, che abbiamo battezzato come moderni influencers della Medicina Generale

Alessandro Chiari
Segretario regionale Fismu, Emilia Romagna

Sempre meno bene, purtroppo, riusciamo a curare i nostri soliti pazienti, siano essi afflitti da nuove malattie, da cronicità e anche le figure fragili come i pazienti oncologici. Ed è ancora più chiaro che, se i Mmg si sparpagliano sul territorio per somministrare il vaccino contro il Covid-19, facciamo sempre più fatica ad essere un filtro territoriale adeguato. Risultato? Nessuno si cura oppure, nostro malgrado, viene curato male, sia dal territorio sia in ospedale. Molti colleghi allo stremo si chiedono sgomenti come mai siamo sempre investiti noi in prima persona. Molti mi chiedono: ma se dobbiamo vaccinare noi perché non fare vaccinare anche gli specialisti, gli ospedalieri e i colleghi che lavorano nella sanità privata? È chiaro che esiste un problema di fondo. E molti di noi sono sempre più convinti che alla base di tale problema ci sia stata una strategia sindacale errata da parte dei sindacati più rappresentativi della nostra categoria. Questi, non riuscendo a imporre una strategia più complessiva e anche per non scontentare gli *sponsor* politici, si sono sempre di più adagiati sulla più facile politica dell’incentivazione che su un rinnovo strutturale del contratto.

Money for extra works è un’antitesi sindacale assoluta, dove si rinuncia a priori alla qualità per una massificazione lavorativa. Il bello è che questo da trent’anni si vende, ai colleghi come una vittoria sindacale che porta nuove qualità professionali e occasioni di lavoro. Ma non possiamo edificare la medicina su un programma produttivo “fordistico”, secondo teoremi tayloristici, creando una medicina di consumo di massa, nata da catena di montaggio ed automazione, ma dobbiamo creare un progetto responsabile, dove la cura sia al centro. Aprire supermercati sanitari a vanvera non fa che creare una pura offerta di consumo sanitario. Qui siamo all’antitesi del paradigma: più si consuma meno si è efficaci. Noi non abbiamo bisogno sul territorio di efficienza burocratica, ma piuttosto di efficacia clinica. Il nostro obiettivo non può essere l’obiettivo delle aziende sanitarie locali. Forse anche le aziende hanno fatto il loro tempo. Qui si continua a magnificare cose che sono diventate vecchie ed ingiallite dal tempo, come le Cooperative di medici, o peggio, come le Case della Salute, o di Comunità abortite senza preavviso, o nate morte nel migliore dei casi.

▸ Nel frattempo diventiamo capri espiatori

Certo che ci vuole un bel coraggio ad attaccare la Medicina Generale in tempi di pandemia da Covid, eppure c’è chi ha orchestrato una campagna denigratoria nei nostri confronti realmente tenace e micidiale, a disprezzo dei nostri morti e di tutte le difficoltà da noi superate in quest’anno dove siamo partiti con qualche straccio in faccia e trovando spazio in un’angusta trincea ambulatoriale in cui ci siamo dovuti muovere per fare una guerra con baionette spuntate e pallottole a salve. È anche vero che siamo restati a combattere nel fango e che l’odore dell’incenso non si sente in mezzo alla battaglia. In questi mesi il Virus ce lo siamo trovati tra le dita, sopra la scrivania come un affittuario che non ci pagava. Eppure siamo riusciti, con mille sforzi, a non rendere il nostro studio un luogo di contagio, con una nuova organizzazione, au-

mentando i presidi di sicurezza personale ed ambientale, disciplinando maggiormente gli accessi. Abbiamo visto che il medico di famiglia ha dato il massimo quando è stato lasciato solo: ora come è possibile che noi che abbiamo arginato questa pazzia, siamo quelli che debbano pagare il fatto di non essere impazziti come tutti gli altri attori sanitari e amministrativi?. In fondo siamo abituati a vivere la criticità. E se pensiamo che, ormai nella Medicina Generale domina statisticamente la figura femminile che è più esposta e che forse è anche molto più sensibile a questo clima di *stress* post traumatico, la situazione pare ancor più critica. Ma probabilmente qualcuno ci sta svendendo per un pugno di dollari da spartire. Il problema è che potrebbe darsi che non siano solo pochi soldi, ma un bel mucchio. *Cui prodest?* Bella domanda: a chi converrebbe? Beh, amici e colleghi che mi leggete, fate le vostre ipotesi. Come direbbe il notturno Marzullo, fatevi una domanda e datevi una risposta. E qui arriviamo al paradosso dei *"Money for Nothing"*.

La pazzia delle vaccinazioni

Malgrado la Medicina Generale abbia protestato a lungo e sia stata messa in grande difficoltà dalle varie proposte di tamponi e vaccinazioni ambulatoriali, alla fine siamo stati costretti a vaccinare gli insegnanti. E va bene, pur con grosse difficoltà per non sprecare le dosi, con uno sforzo organizzativo, in qualche modo ce l'abbiamo fatta. Anche ora riparte questa *roulette* di vaccinazioni ambulatoriali nella fascia 50-54 anni che ripropone una serie di criticità ambulatoriali e ci costringe ad un ulteriore extra *round* di problematiche operative presso i nostri studi. La primaria preoccupazione è la sicurezza: siamo costretti a vaccinare in ambienti non sempre appropriati riguardo alle norme di distanza, le nostre sala d'attesa spesso non ci permettono di adottarle ed è proprio lì che dobbiamo far sostare i nostri assistiti dopo la vaccinazione per il tempo di osservazione. Inoltre va considerato il fatto che, mentre vacciniamo, diventa molto difficile bloccare l'accesso all'ambulatorio a tutti gli altri pazienti, che comunque e giustamente, hanno le loro problematiche da risolvere, e quindi siamo costretti a litigare coi pazienti, scontrarsi e quant'altro. Altrettanto complicata diventa la gestione delle telefonate in entrata, che devono comunque essere sacrificate, per l'impossibilità del medico vaccinatore di rispondere. Il problema più grosso, e che siamo costretti a gestire un vaccino mRNA in ambulatorio e i nostri frigoriferi non sono unità di raffreddamento così potenti da permetterne la corretta conservazione. Ma poi anche la diluizione in un ambulatorio rappresenta un problema di tempo e di gestione. Eppure durante questa pandemia ci stanno salvando i soldati e non i colonnelli, che anzi continuano a svenderci ed a caricarci di lavoro extra. Non siamo quindi noi, medici di prima linea, il problema, ma chi decide per noi, siano governanti, governatori, direttori, *influencers* o sindacalisti. Tutto questo è pura pazzia.

Un teatro dell'improvvisazione

In tutto questo apparente teatro dell'improvvisazione, dove gli attori non hanno neppure la conoscenza di cosa faranno i loro compagni in scena, ci manca ancora, la figura del pentito, che ci sveli arcani segreti dell'occulto meccanismo che governa la sanità. Troppe cose, troppi svarioni appaiono così improvvisati e stravaganti da non farci pensare male. O si è di fronte ad un accurato disegno per distruggere la Medicina Generale o si è forse in presenza di un'estrema, dilettantistica, catena di comando. Forse la pandemia ha creato una *'panpazzia'* dove gli attori sono afflitti da una schizofrenia progettuale che ha preso di mira la Medicina Generale. Forse vale il paradigma che se non sai costruire puoi comunque distruggere. Ma è sempre più chiaro che se occorre una riforma necessita in tutti i campi medici e paramedici, e lo dico alla faccia di quei ruoli "differentemente medici", che stiamo soffrendo sul territorio. Ridateci la clinica, ridateci la nostra forza invece di trasformarci in figure grottesche che non sono altro che caricature di noi stessi. Ma quale medico algoritmico, ma ridateci il vecchio ruolo di medico di famiglia, lasciate che l'organizzazione e la professionalità ripartano dal basso e dalla nostra professionalità e vedrete quanto ancora ha da dire la Medicina Generale e la figura che la incarna.

La sanità e le cure declinate al femminile

"La sanità che vogliamo. Le cure orientate dalle donne" è un progetto, frutto di un lavoro corale e trasversale, inviato al Programma Next Generation EU. Un elenco di priorità declinate al femminile che mirano a suggerire cambiamenti strutturali in sanità nel rispetto di chi lavora sul campo, analizzando criticamente le carenze e prospettando percorsi realistici per sostenere le nuove generazioni

Il lavoro delle donne, in particolare quello di cura, può essere sinonimo di crescita e di benessere per tutto il Paese. Ne sono convinte le mediche e dirigenti sanitarie dell'Anaao Assomed che, insieme alle colleghe della Medicina Generale e alle professioniste di altri contesti, architette, psicologhe, economiste, filosofe, giornaliste, hanno inquadrato in 3D l'ospedale, la città, il quartiere, i trasporti, il verde, le difficoltà di comunicazione fra i territori (Medicina Generale, Consultori, RSA): cioè il governo con cui si dovrebbe ri-costruire la salute del futuro. Un inquadramento complessivo che ha preso forma e contenuti nel libro *"La sanità che vogliamo. Le cure orientate dalle donne"*, edito da Moretti&Vitali. Un progetto inviato al *Next Generation EU* che mira a suggerire cambiamenti strutturali nel rispetto di chi lavora sul campo, per una sanità orientata dalle donne che ispiri e prepari le nuove generazioni.

Le proposte

1. Valore Prezzo Benessere della cura: dall'Area Formazione Femminile Anaao Assomed provengono esperienze e proposte su una differente organizzazione lavorativa: contratto, conciliazione, congedi-maternità, malattia, differenze nella retribuzione e nella progressione di carriera. Perché presto sarà l'attuale gran massa di donne a transitare tutti, curanti e curati, verso una sanità che così come è organizzata, anche al meglio del *welfare* possibile, non può essere sinonimo di benessere per le donne e nemmeno per gli uomini.

2. Fare i conti con la differenza. Donne/Uomini/Maternità: il coronavirus ha fatto emergere insieme alla superiorità numerica delle donne, il nodo irrisolto della maternità rispetto al loro essere *differenti*, prima che pari. La maternità non è più un destino ma porta con sé una differente relazione con gli altri. E allora, invece che piegarsi o adattarsi, bisogna ribaltare le priorità, ristabilire il valore (e non il costo) della dimensione procreativa e del prendersi cura. Un talento che non è da tutti, e che in questi terribili mesi ha tenuto insieme il Paese.

3. Ridisegnare i luoghi di cura: è ormai urgente potenziare il territorio, inteso come fonte di servizi e relazioni. E costruire a partire dal dialogo e dall'ascolto di chi li abita, non di chi li commissiona. La nostra chiave di lettura sta nel prendere in considerazione l'insieme del percorso di vita delle persone. Una svolta consiste nel progettare strutture innovative, a partire da quelle per la nascita, costruite in relazione circolare, e non gerarchica, con l'attività dei presidi territoriali già esistenti e con la specializzazione degli ospedali, ma anche coinvolgendo il domicilio e al contempo facendo fronte alle esigenze della comunità di riferimento (scuole, asili, residenze per anziani).

4. Ripensare il territorio: Medicina di base, Comunità per anziani, Consultori Familiari. Toccherà dunque alle donne ricostruire la continuità tra salute e malattia, tra cura e benessere, tra territorio e ospedale, tra vita e morte. Dobbiamo smettere di standardizzare l'arte medica, tornando a privilegiare le nostre unità di misura come la relazione tra curante e curato, l'etica professionale, la felicità.

5. Scuola e Salute al tempo della pandemia. Scuola e Salute devono lavorare insieme nel circolo virtuoso alla base della sanità che vogliamo. Le soluzioni delle donne partono dal presupposto che si tratta di diritti non contrapposti, ma complementari.

6. L'Università, le Mediche, l'Accademia. Anche alla base della piramide universitaria ci sono soprattutto donne: a loro il compito di ri-formare l'Educazione seguendo canoni di insegnamento al femminile. Non si tratterà di una mera sostituzione di sessi, ma della costruzione di insegnamenti, ricerca e assistenza in Medicina orientate verso l'abbattimento di iniquità, sessismo, colonialismo curriculare.

7. Le donne possono governare la sanità rimanendo fedeli a se stesse: si può immaginare una alternativa all'attuale *governance* di stampo liberista? Guardando alla presenza femminile, se pure la percentuale di donne direttrici di Struttura Complessa o di Azienda Sanitaria fosse superiore all'attuale 16%, la trasformazione non sarebbe automatica. Come in sanità, anche il cosiddetto aspetto "manageriale" ha bisogno di una formazione *ad hoc* per poter indicare orientamenti al femminile. Il governo delle donne in sanità passa attraverso specifici processi trasformativi.

Vaccinazione anti Covid, rifiuto e perplessità degli italiani

Tra coloro che rifiutano nettamente il vaccino prevalgono leggermente le donne rispetto agli uomini. Hanno tra i 46 e i 55 anni e sono per la maggior parte residenti del Nord est del Paese. Questi, in sintesi, alcuni dati emersi dalla ricerca della Fondazione Italia in Salute, realizzata da Sociometrica, per rilevare su scala nazionale la propensione degli italiani verso la vaccinazione contro il Covid

Il 7,5% della popolazione italiana è fortemente decisa a non sottoporsi a vaccinazione contro il Covid-19. Un numero consistente che, se fosse confermato, potrebbe determinare dei problemi rispetto all'obiettivo di vaccinare l'intera popolazione. Di contro, il 73,3% degli italiani è decisamente a favore del vaccino, senza se e senza ma. Se aggiungiamo a questa quota coloro che vorrebbero poter scegliere il siero da farsi somministrare si va a un totale di 80,9%. È una quota elevata, ma non è elevatissima. Il nodo è rappresentato principalmente dal 9,9% dei perplessi. Questi, in sintesi, alcuni dati emersi dalla ricerca della Fondazione Italia in Salute, realizzata da Sociometrica, per rilevare su scala nazionale la propensione degli italiani verso la vaccinazione contro il Covid-19.

Il rifiuto è maggiore tra le donne rispetto agli uomini (8,6% contro il 6%); hanno tra i 46 e i 55 anni (13,5% contro la media del 7,5%) e sono residenti del Nord est rispetto al resto del Paese (12,2%). Se a questi sommiamo coloro che nutrono perplessità sul vaccinarsi, si ottiene che quasi una persona su quattro nelle classi di età 26-35 anni e 46-55 anni si mostra scettico sulla vaccinazione, dove il dubbio prevale nella classe più giovane e il rifiuto in quella maggiore.

Sul resto della popolazione, e in particolare fra i giovanissimi e le persone più adulte, la percentuale dell'atteggiamento anti-Covid è al minimo.

Dalla ricerca emerge anche che, dal punto di vista dell'istruzione, chi non intende vaccinarsi ha di solito un livello basso di istruzione, come la scuola media inferiore e un diploma delle scuole professionali (dove superano il 12%), mentre tra diplomati e laureati sono fermi intorno al 7%.

Considerando invece lo stato di salute delle persone, è emerso che fra chi ha dichiarato di stare male - non essere in buone condizioni di salute, includendo qualunque tipo di patologia - nessuno ha risposto "non intendo fare il vaccino".

Un quadro in chiaroscuro

"I dubbi ed il rifiuto prevalgono nelle persone in buona salute per le quali è evidentemente più complicato digerire il concetto di prevenzione, a dimostrazione di quanto sia fondamentale avere anche un buona comunicazione per far comprendere a pieno il concetto di salute collettiva - commenta il presidente della Fondazione Italia in Salute, **Federico Gelli** -. I risultati dell'indagine dipingono un quadro in chiaroscuro: se è vero che la larga parte degli italiani è decisa e propensa alla vaccinazione per superare questo terribile periodo di emergenza, dobbiamo fare i conti un una quota notevole di persone che restano ancora scettiche, se non del tutto contrarie. Convincerle sarà dunque fondamentale per la buona riuscita della campagna vaccinale ed il raggiungimento dell'immunità di comunità".

Quanto alla fiducia verso i vaccini, solo il 17,5% degli italiani è "totalmente fiducioso", il 45,3% si dice invece "abbastanza fiducioso": in totale 62,8% di persone sono propense, con varia intensità, rispetto ai vaccini. La quota di popolazione che si è dichiarata senza dubbio del tutto pronta a vaccinarsi è del 73,3%. Abbiamo perciò circa 10 punti percentuali di differenza - circa 10 milioni di persone - che pur avendo dubbi sull'affidabilità dei vaccini, sono comunque disposte a vaccinarsi.

Venendo ai tipi di vaccini, quello che gode della maggiore fiducia è Pfizer-BioNTech, per il quale esprime molta fiducia il 35,6% e abbastanza fiducia il 45,8%. Di contro, per AstraZeneca addirittura il 43,3% degli italiani esprime un sentimento "poca fiducia". "Una corretta comunicazione sui benefici e rischi dei singoli vaccini, sia da parte delle Istituzioni che degli operatori sanitari è fondamentale per registrare un'ampia adesione dei cittadini alla campagna", conclude Gelli.

Intelligenza Artificiale e Medicina Digitale

Questo è il titolo di un libro scritto da due medici di medicina generale che, avventurandosi in un campo nuovo, quello dell'Intelligenza Artificiale applicata alla Medicina, ci invitano a informarci e vigilare per capire quanto dobbiamo opporci a tecnocrazie senza serie evidenze e quanto dobbiamo interagire con le migliori realizzazioni di una IA che incorpori almeno un valore umano: quello della collaborazione

Francesco Del Zotti - *Netaudit, membro della Commissione ICT (Information Communication Technology) della FNOMCeO*

Gli autori di "Intelligenza Artificiale (IA) e Medicina Digitale" sono i colleghi Collechia e De Gobbi, noti medici di medicina generale, che nella loro opera con coraggio e determinazione si avventurano in un campo che è nuovo e scivoloso anche per gli informatici e ingegneri tecnologi: l'intelligenza artificiale in Medicina. Si tratta di un argomento di attualità, spinoso sia da punto di vista intellettuale sia da quello etico; non può non interessare la nostra professione che ne può essere o prossima vittima o prossima alleata. Lo fanno senza complessi di inferiorità, ad esempio quando analizzano i non pochi punti deboli, nella metodologia e nella sperimentazione. Un segno serio degli eccessi di entusiasmi un po' surreali legati ai sistemi di IA l'ho avuto recentemente dalla notizia del fallimento e chiusura del rapporto pluriennale tra "Ibm Watson" e il centro Oncologico Anderson dell'Università del Texas. Gli oncologi hanno notato che il sistema non era in grado di "separare il grano dal loglio" nell'enorme massa di letteratura che analizzava, non poche volte essi si sono trovati davanti a consigli diagnostici errati o non ben fondati.

Una panoramica ben articolata

Gli autori forniscono una panoramica ben articolata in una ventina di capitoli: dalla diagnostica per immagini; alla diagnosi genetica e di "precisione"; a quella in ambito psichiatrico con i conseguenti rischi; all'uso dei pervasivi sensori indossabili sino alla robotica. Il tutto è intercalato da schede di approfondimento dei concetti e procedure-base.

Dalla lettura comprendiamo che le applicazioni di maggior successo sono legate al riconoscimento di immagini, che si è avvalso di grandi database e del *machine learning*; ad esempio: il riconoscimento di *fundus* alterati nei diabetici o di radiografie torace o mammografia alterate. Ciò può avere un impatto profondo su alcune specializzazioni. È probabile che alcuni servizi di *screening* radiologico o anatomo-patologico, basati sulla IA, lavoreranno almeno in parte autonomamente; e che i radiologi e anatomo-patologi dovranno lavorare in tandem e farsi aiutare da sistemi di IA. Dovremo divenire più umili e riconoscere che sistemi non umani a volte saranno superiori a noi in certi compiti di riconoscimento di *pattern* visivi. D'altra parte sto scoprendo che in queste mansioni visive oltre alle "macchine" la maggiorparte di noi umani ha abilità inferiori anche rispetto a certi piccoli esseri viventi: ad esempio l'ape, seguendo il neurobiologo Vallortigara, con poco sforzo formativo è in grado di riconoscere lo stile di Monet da quello di Picasso; e secondo un recente studio della prestigiosa rivista *Plos*, piccioni addestrati sono in grado di ben distinguere tra un vetrino con neoplasia mammaria rispetto a vetrini senza neoplasia.

Certamente il lavoro del Mmg è il meno attaccabile dall' attuale IA. Gli Autori ci ricordano che le evidenze e la metodologia degli studi sono deboli in particolare nelle abilità generaliste nel riconoscere le emozioni, in quelle relazionali e nelle abilità di districarsi nelle ambiguità e nei contesti del linguaggio. Ma non illudiamoci. Non dobbiamo dormire sugli allori: anche in tanti campi i sistemi di *machine learning* si avvicineranno sempre di più a noi Mmg. E allora: quali sono le speranze di sopravvivenza del nostro ruolo? Come ben ci ricordano gli autori anche in futuro è probabile che il senso di responsabilità, la continuità nella cura e la sensibilità sociale e l'indipendenza dal potere - anche dallo stesso potere dei produttori di servizi di IA - saranno ancora appannaggio dei medici generalisti consapevoli.

Il libro ci invita ad informarci e vigilare: resta la necessita per i medici, per i cittadini e per gli stessi proponenti di queste tecnologie di capire quanto dobbiamo opporci a tecnocrazie senza serie evidenze e quanto dobbiamo interagire con le migliori realizzazioni di una IA che incorpori almeno un valore umano: quello della collaborazione.

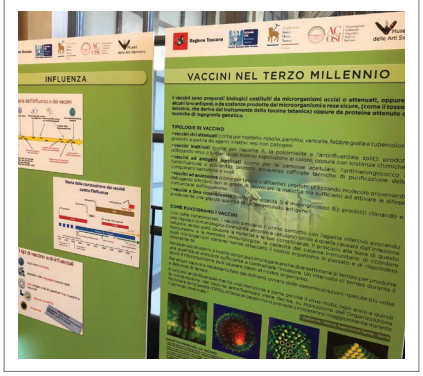
Attraverso il presente **QR-Code** è possibile scaricare con tablet/smartphone l'indice del libro

Dalla peste al Covid-19, una mostra racconta la lotta dell'uomo contro i virus

Ha iniziato il suo viaggio da Firenze la mostra itinerante "Con cura, con amore, con rigore. Viaggio nella storia dei vaccini": foto, documenti storici e infografiche che illustrano la battaglia incessante dell'uomo contro virus e malattie, ma anche l'impegno di scienziati e medici che, grazie alle loro scoperte, hanno salvato migliaia di vite

Dalle cronache di Tucidide del 400 a.C., che racconta del "male che non aggrediva mai due volte", alla pandemia da Covid 19, che ha reso indelebile il 2020. È un racconto per immagini e parole - come "contagio", "immunità", "vaccinazione" - quello che ci offre *"Con cura, con amore, con rigore. Viaggio nella storia dei vaccini"*, la mostra itinerante partita da Firenze, da Palazzo Strozzi Sacrati, presso la presidenza della Regione Toscana. Ventisei pannelli che illustrano la battaglia incessante dell'uomo contro virus e malattie, ma anche l'impegno di scienziati e medici, che grazie alle loro scoperte, hanno salvato migliaia di vite. L'idea della mostra ha preso forma all'interno del Museo delle Arti sanitarie dell'Ospedale degli incurabili di Napoli. Dopo le tappe di Napoli e Roma, grazie alla volontà di Regione Toscana e di Ausl Toscana-Centro, in collaborazione con Fondazione Santa Maria Nuova Onlus, la mostra rimarrà a Palazzo Strozzi Sacrati e sarà visitabile fino al 31 maggio, per poi proseguire nei principali hub vaccinali della Toscana: a Empoli, Pistoia e Prato. Infine, tornerà a Firenze per un nuovo allestimento, tra dicembre e gennaio 2022, all'interno dell'Ospedale Santa Maria Nuova.

Tra documenti storici, fotografie, illustrazioni e infografiche, il percorso espositivo spiega nel dettaglio come la medicina abbia affrontato il tema delle epidemie, dai dottori della peste con le loro inconfondibili maschere a becco d'uccello, antesignane delle nostre mascherine chirurgiche, alle varie tipologie di vaccini che abbiamo a nostra disposizione. Si scopre allora che i passaporti vaccinali di cui si discute oggi, erano previsti già nel Settecento e si chiamavano "Fede di sanità". E che il primo "lazzaretto", cioè il luogo in cui venivano isolati i malati per evitare il diffondersi del contagio, fu costruito a Venezia nel 1423. Si scopre anche che, dal vaiolo all'influenza, il tema dei vaccini ha sempre scatenato reazioni opposte. Elisa Bonaparte, nel 1800, fu una grande sostenitrice del vaccino. Elvis Presley, negli Anni Cinquanta, fu uno dei testimonial della campagna antipolio. Mentre tra i No-Vax troviamo l'antroposofo Rudolf Steiner. Un capitolo della mostra viene dedicato espressamente alla Toscana, una terra che è sempre stata all'avanguardia sul fronte delle vaccinazioni e della ricerca, con l'ottocentesco Istituto Vaccinogeno Fiorentino e con la Sclavo di Siena, dove nel 1950 venne prodotto il vaccino che sconfisse la poliomielite. Chiude la mostra la storia dell'Ospedale Santa Maria Nuova di Firenze, fondato nel 1288 da Folco Portinari, padre della Beatrice di Dante, e ancora oggi attivo, anche sul fronte della lotta al Covid. Santa Maria Nuova è - insieme all'Ospedale degli incurabili di Napoli, all'Ospedale Civile SS Giovanni e Paolo di Venezia, al Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e all'Ospedale Santo Spirito in Sassia di Roma, ente fondatore di ACOSI - Associazione Culturale Ospedali Storici Italiani che ha patrocinato e sostenuto questa mostra.



Up to date: sensibilità al glutine non celiaca

A partire da un case report gli autori hanno condotto una revisione della letteratura sulla sensibilità al glutine non celiaca, un problema sempre più emergente nel campo dello spettro dei disordini correlati al glutine

Giovanni Modola, Pasquale De Luca, Angelo Michele Carella, Teresa Marinelli, Armando Melfitano, Angelo Benvenuto
S.C. Medicina Interna, Dipartimento Internistico Multidisciplinare, Ospedale "T. Masselli-Mascia" - San Severo, ASL Foggia

Introduzione

Gli autori descrivono un caso clinico di intolleranza al glutine non celiaca "Non Celiac Gluten Sensitivity (NCGS)", una condizione morbosa autoimmunitaria innata che va ad aggiungersi a patologie già note come la malattia celiachia (MC) e l'allergia al grano.
La NCGS è caratterizzata da sintomi intestinali ed extraintestinali scatenati dall'assunzione di glutine e in cui è stata esclusa sia la diagnosi di celiachia che di allergia al grano.
Si stima sia molto più frequente della celiachia, con una prevalenza pari al 4-6% della popolazione generale. Colpisce più frequentemente il sesso femminile con un rapporto 2:1.
La MC è una intolleranza alimentare su base autoimmunitaria sia innata che adattiva nei confronti del glutine, contenuto in diversi cereali fra cui grano, orzo, segale, farro e avena. Può manifestarsi in qualsiasi età della vita e predilige il sesso femminile con un rapporto 3:1.
Alla base vi è una predisposizione genetica, ma vari fattori ambientali (stress, infezioni e alterazioni della flora batterica intestinale) sono necessari perché si manifesti. L'allergia al grano è una reazione immediata IgE-mediata alla proteina del grano omega-5 gliadina. A differenza di queste ultime i criteri diagnostici della NCGS sono ancora oggetto di definizione e discussione.

Caso clinico

Il caso riguarda una ragazza di 22 anni con familiarità per MC (2 cugini di 1° grado).

• *Anamnesi*

La ragazza non riferisce disordini del ciclo mestruale e patologie degne di nota in anamnesi patologica remota. La sua alimentazione è regolare. Nega allergie a farmaci e ad alimenti.
Da alcuni anni la paziente riferisce, quasi ogni mese e per 7-10 giorni, frequenti episodi di diarrea senza sangue né muco, fastidio doloroso addominale, senso di gonfiore, flatulenza e conseguente lieve calo ponderale. Non vengono riferiti episodi febbrili concomitanti. La sintomatologia suddetta si associava a lesioni aftose del cavo orale e sporadiche chiazze eritematose in diverse zone del corpo.

• *Prime indagini e terapia*

La terapia suggerita dal medico curante si basava su farmaci disinfettanti intestinali, fermenti lattici e colluttori del cavo orale con parziale e temporaneo beneficio oltre a scarso recupero del peso corporeo.
La paziente si è sottoposta a generici esami ematochimici ambulatoriali che non mostravano significative alterazioni oltre a Urea Breath Test risultato negativo per HLO.

Ricovero ospedaliero

La ricorrenza frequente della sintomatologia suddetta e l'ultimo episodio di diarrea ha costretto la paziente a ricoverarsi presso la nostra Unità Operativa per sottoporsi ad ulteriori indagini di laboratorio e strumentali.

• *Esami ematochimici*

Sono risultati nella norma esame colturale, chimico-fisico e parassitologico delle feci; sierodiagnosi; CMV; EBV; *Clostridium difficilis*; funzione epatica; funzione tiroidea; funzione renale; urinocoltura; indici di flogosi; test allergologici; immunodiffusione (IgA, IgG, IgM, IgE totali); marcatori neoplastici; emocromo e bilancio marziale.
Il dosaggio della calprotectina fecale è risultato positivo.
Inoltre la ricerca è stata completata con i marcatori della malattia celiaca (EMA, transglutaminasi IgA e IgG, AGA IgA e IgG) e marcatori HLA-DQ2 e/o DQ8. Di questi solo AGA IgG sono risultati positivi.

• *Indagini strumentali*

- **Rx torace ed ecografia addome in toto**: non hanno mostrato alterazioni degli organi esplorati.
- **EGDS con biopsie in I e II porzione duodenale**: l'aspetto endoscopi-

co della mucosa antrale era di semplice iperemia come da gastropatia superficiale senza nessuna alterazione duodenale tipica e indicativa per MC. L'esame istologico, invece, metteva in evidenza una mucosa con segni di flogosi cronica e con villi, in parte, di altezza lievemente ridotta e con normale conta dei linfociti CD3 (Marsh 0).

Decorso clinico

Durante la degenza la paziente ha iniziato una terapia sintomatica e una dieta priva di glutine con rapido beneficio clinico.
La dieta è stata protratta per 18 mesi. Durante questi mesi ha riferito alvo regolare e assenza di lesioni aftose del cavo orale e gli esami ematochimici di controllo periodico hanno mostrato la normalizzazione dei valori AGA IgG e della calprotectina.
Successivamente, la paziente ha effettuato una EGDS di controllo con biopsie che hanno mostrato assenza di lesioni endoscopiche e normalizzazione dei villi intestinali, per cui ha ripristinato gradualmente una dieta normale.

Discussione

La sensibilità al glutine non celiaca, rara in età pediatrica, si manifesta dall'età adolescenziale a quella adulta e si caratterizza generalmente, sul piano clinico, per una sintomatologia gastrointestinale di tipo dispeptica associata a diarrea e/o stipsi, astenia e spesso a lesioni di vario tipo che interessano la cute (lesioni eczematose e altre forme di rush cutaneo) e il cavo orale (lesioni aftose).
Tali segni e sintomi rispondono rapidamente, e con significativo miglioramento, alla dieta priva di glutine in pochi giorni.
Siccome i sintomi gastrointestinali e extraintestinali della NCGS sono simili a quelli della malattia celiaca e all'allergia al grano, la diagnosi si basa su criteri di esclusione quali:

- negatività dei test immunologici per l'allergia al grano (anticorpi di classe IgE diretti verso il grano e PRICK test);
- negatività per la sierologia tipica per MC (EMA ed anti-transglutaminasi);
- istologia duodenale normale o con alterazioni minime (Marsh 0-1) come nel nostro caso e soprattutto assenza di infiltrati eosinofili tipici delle allergie al grano e/o alimentari;
- eventuale test di riesposizione, dopo 3-4 mesi circa, per confermare la diagnosi.

Sul piano genetico il riscontro di marcatori HLA-DQ2 e/o DQ8 è significativo per la malattia celiaca, data la loro positività nel 100% dei casi, ma non specifica per NCGS in quanto riscontrabile anche nel 30% della popolazione generale.
L'unica alterazione immunologica nei pazienti con sensibilità al glutine è la positività degli anticorpi AGA di classe IgG con frequenza quasi del 50%.

Conclusioni

Il trattamento da adottare, sia che si tratti di allergia al grano, malattia celiaca, e/o sensibilità, è l'esclusione del glutine dalla dieta. La differenza, fra le tre forme, potrebbe, invece, riguardare il periodo di esclusione del glutine dalla dieta che è diverso. Infatti nella prima la sospensione può essere temporanea e richiedere la somministrazione di cortisonici, mentre nella malattia celiaca, come sappiamo, è a tempo indeterminato.
Nel nostro caso, la sensibilità al glutine non celiaca potrebbe essere solo temporanea, ma generalmente mai per un periodo di tempo inferiore ad 1-2 anni.
Il follow-up è clinico-laboratoristico dopo 6 mesi ed endoscopico a 1 anno. La calprotectina fecale, che in genere riflette, in maniera aspecifica, il grado di infiammazione della mucosa intestinale, è sempre negativa nelle intolleranze. Questo marcatore, nel nostro caso clinico, potrebbe non rappresentare solo un indice di flogosi, data l'assenza di lesioni della mucosa intestinale e la frequente positività nella MC.

Prospettive

In futuro le nuove conoscenze e la migliore definizione sul piano diagnostico consentiranno di caratterizzare la NCGS come entità ben definita e risolvere un problema sempre più emergente nel campo dello spettro dei disordini correlati al glutine.

BIBLIOGRAFIA

1. Volta U, Tovoli F, Cicola R, et al. Serological tests in gluten sensitivity (non celiac gluten intolerance). *J Clin Gastroenterol* 2012; 46: 680-5.
2. Moayyedi P. ACP Journal Club. Review: Calprotectin testing differentiates inflammatory bowel disease from the irritable bowel syndrome. *Ann Intern Med* 2014; 160(8): JC13.
3. Biesiekierski JR, Newnham ED, Irving PM, et al. Gluten causes gastrointestinal symptoms in subjects without celiac disease: a double-blind randomized placebo-controlled trial. *Am J Gastroenterol* 2011; 106: 508-14
4. Akhondi H, Ross AB. Gluten and associated medical problems. 2020 Jul 6. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): *StatPearls Publishing*; 2021 Jan.
5. Freeman HJ. Evaluation of non-dietary alternatives for treatment of adults with celiac disease. *Front Nutr* 2020; 7: 562503.
6. Catassi C, Bai JC, Bonaz B et al. Non-Celiac Gluten Sensitivity: the new frontier of gluten related disorders. *Nutrients* 2013; 5: 3839-53.
7. Sanders DS, Aziz I. Non celiac wheat sensitivity: separating the wheat from the chaff. *Am J Gastroenterol* 2012; 107: 1908-12.
8. Sapone A, Bai JC, Ciacci C, et al. Spectrum of gluten-related disorders: consensus on new nomenclature and classifi cation. *BMC Medicine* 2012; 10: 13.
9. Chiarelli S, Villanacci V. Celiachia. Requisiti diagnostici minimi per la diagnosi istopatologica. Gruppo Italiano Patologie dell'Apparato Digerente. *Pathologica* 1998; 90(6):809-13.
10. Sapone A, Lammers KM, Mazzarella G, et al. Differential mucosal IL-17 expression in two gliadin-induced disorders: gluten sensitivity andthe autoimmune enteropathy celiac disease. *Int Arch Allergy Immunol* 2010; 152:75-80.

Osteomielite sterno-claveare in diabetico

Affrontando il tema dell'osteomielite nel paziente diabetico non ci si può riferire esclusivamente alla sindrome del piede diabetico, ma qualsiasi distretto dell'organismo può essere considerato a rischio di sviluppo di complicanza, come nel caso clinico descritto

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

GE è un paziente di 55 anni con diabete tipo LADA *(Latent Autoimmune Diabetes Adult)* in terapia con insulina (microinfusore) da circa 25 anni. Nel luglio del 2020 si presenta in studio riferendo dolore alla spalla destra, insorto acutamente senza alcuna causa apparente. La visita evidenzia sintomatologia dolorosa nei movimenti dell'articolazione scapolo-omerale. Nell'ipotesi di periartrite si prescrive terapia antiflogistica.
Per il persistere della sintomatologia il paziente si rivolge ad un ortopedico di fiducia che gli consiglia crioterapia locale con trasduttore tipo massaggio per 20 minuti.
La condizione non migliora, anzi, il tutto si complica con la comparsa di una tumefazione a livello sovraclavicolare destro. All'ispezione la zona risulta tumefatta, arrossata, aumentata di consistenza e dolente alla pressione.

Visita chirurgica ed esami successivi

Nell'ipotesi di una raccolta ascessuale il paziente viene inviato a visita chirurgica che ne conferma la presenza. L'incisione della zona determina la fuoriuscita di abbondante materiale purulento (esami mirobiologici negativi).

- **TAC torace**: alla spalla destra si evidenzia alterazione della cortico-midollare ossea, con grossolani segni di erosione a livello del margine laterale destro del manubrio sternale, in sede mediale della clavicola destra e della articolazione della 1ª costa destra-manubrio sternale con verosimile coinvolgimento dei legamenti ivi compresi. Viene evidenziata, altresì, un'area ipodensa a densità sovrafluida con alcune calcificazioni contestuali che si estende per circa 5 cm e che coinvolge il sottocute anteriormente e il mediastino antero-supero posteriormente, in assenza di sicuri piani di clivaggio con la vena anonima sinistra, di verosimile natura flogistica.
- **RM spalla/sterno**: conferma le alterazioni evidenziate alla TAC. In particolare si evidenzia una piccola quota fluida intra-articolare sterno-claveare con iperintensità di segnale dei muscoli grande pettorale, sternocleidomastoideo all'inserzione sternale, sternoioideo e sterno- tiroideo a destra, che risale cranialmente, disponendosi più superficialmente nel sottocute sino a un piano passante per l'istmo della ghiandola tiroide.

Tali reperti risultavano sospetti per artrite infiammatoria/infettiva sterno claveare destra e della prima articolazione costo-sternale destra, con associata raccolta fluida periarticolare retrosternale (ascesso?) e segni di osteomielite sul versante articolare clavicolare e sternale.

Ricovero ospedaliero

Il paziente viene ricoverato per intervento presso la Divisione di Chirurgia Toracica universitaria nell'ottobre 2020. Ha eseguito valutazione infettivologica con indicazione all'esecuzione di tre emocolture seriate (esiti microbiologici negativi) ed impostazione di adeguata terapia antibiotica nel post- operatorio.
I chirurghi plastici, chiamati per consulenza, non hanno ritenuto opportuno, in prima istanza, il posizionamento di *VAC therapy* rivalutando l'eventuale indicazione nel post-intervento di rimozione del focolaio infetto e in assenza di infezione residua. Il paziente è stato sottoposto ad intervento di toilette chirurgica di osteomielite sterno-clavicolare destra e raccolta sovra fluida da contestuale. Gli infettivologi hanno rivalutato il paziente nel post-intervento adeguando la terapia antibiotica.

Decorso clinico

La successiva TAC torace con mdc ha evidenziato persistenza della raccolta fluida-sovrafluida in sede pre e retro sternale, associata a marcate alterazioni morfostrutturali ossee a carico della articolazione sternoclaveare destra. Ancora oggi il paziente è seguito dai

FIGURA 1

TAC torace (novembre 2020)

chirurghi per le cure del caso *(figura 1)*. Il compenso glicemico e gli esami di routine sono abbastanza soddisfacenti.

Considerazioni

La malattia diabetica non può essere considerata solo una semplice alterazione della glicemia, ma una condizione più complessa in cui vari fattori, e non solo l'alterazione metabolica ma anche disfunzioni a carico di altri sistemi (cardiovascolare, renale, immunologico), intervengono nel condizionare la risposta ad insulti interni ed esterni.
Quando si parla di osteomielite (OM) nel paziente diabetico quasi sempre ci si riferisce al "piede diabetico". Ma quali sono le considerazioni che si possono fare quando l'OM colpisce nel diabetico altri distretti che non siano il piede?
Nel caso descritto l'OM si è localizzata nella regione sterno-claveare *(figura 2)* e l'esame obiettivo non ha evidenziato una lesione cutanea (follicolite, ascesso, impetigine, lesione ulcerativa, ecc) che potesse spiegare l'ingresso di un patogeno in grado di determinare l'infezione. Le varie colture del materiale purulento non hanno evidenziato, sia prima che dopo l'intervento chirurgico, germi responsabili dell'infezione.
Oltre che la localizzazione insolita è stato ed è difficile trovare una causa scatenante. L'unica causa, presumibile, ma non certa, potrebbe essere la crioterapia con trasduttore effettuata in quella zona che potrebbe aver determinato un trauma dei tessuti che dall'epidermide ha raggiunto l'ipoderma e gli altri tessuti sottostanti interessando dopo qualche giorno i muscoli, il periosto e l'osso.
Da un punto di vista clinico la localizzazione inusuale ha determinato, nel medico e nel paziente, ansia per le possibili ed eventuali diagnosi differenziali. Si è pensato ad un eventuale osteosarcoma primario che può colpire soggetti giovani con lieve predominanza nel sesso maschile ma che di solito ha un comportamento più aggressivo con formazione di osso all'interno di una lesione distruttiva.

FIGURA 2

Osteomielite sterno-claveare in paziente diabetico

Altri tumori della famiglia dei sarcomi sono i PNET (Tumori neuroectodermici primitivi), tra loro indistinguibili, e il tumore di Askinche che è una localizzazione toracica di tale tipo di sarcoma.
Il paziente diabetico rispetto ai non diabetici generalmente risulta colonizzato da *S. aureus*, in particolare dalla varietà meticillino-resistente. La terapia insulinica con microinfusore sembra accompagnarsi ad una minore incidenza di infezioni batteriche rispetto ai diabetici che praticano più iniezioni di insulina quotidiane. In questo caso l'eziologia risulta molto difficile da individuare.
La complessità della malattia diabetica risiede non solo nella alterazione metabolica della glicemia ma da essa derivano tutta una serie di complicanze. La glucotossicità è responsabile di disfunzione endoteliale e conseguente attivazione endoteliale. Tutto ciò determina un'alterata reattività vascolare con tendenza alla vasocostrizione e il costituirsi di un substrato pro infiammatorio e pro trombotico.
A ciò si deve aggiungere la lipotossicità con le conseguenze della cosiddetta dislipidemia aterogena caratterizzata dalla formazione di particelle di LDL-ossidate, più piccole ma più dense e che per questo motivo, precipitando più facilmente a livello dell'intima vasale, determinano a questo livello, l'iniziale formazione della placca ateromasica e conseguente restrizione del lume vasale. Nel paziente diabetico coesistono anche alterazioni immunitarie che possono essere sintetizzate in: alterazioni dell'immunità umorale, dell'immunità cellulo-mediata, disfunzione della chemiotassi e alterata fagocitosi.
Oltre alla micro e macroangiopatia coesiste la neuropatia nelle forme di neuropatia sensitivo-motoria responsabile di una riduzione della sensibilità tattile, termica e dolorifica e della neuropatia autonomica responsabile a livello cutaneo di anidrosi con conseguente maggiore secchezza della cute e più facile possibilità di fissurazioni.
Per il coesistere di tali fattori quando si parla di OM nel paziente diabetico non possiamo pensare solo ed esclusivamente alla sindrome del piede diabetico ma qualsiasi distretto dell'organismo può essere considerato a rischio di sviluppo di complicanza.
Il paziente diabetico in quanto tale deve essere ritenuto ad alto rischio di sviluppare fenomeni infettivi e infiammatori. La glicoistia che caratterizza la malattia diabetica favorisce il costituirsi di un terreno particolarmente ricco per il proliferare di germi che trovano fertile per eventuali complicanze per di vari organi e sistemi.
Ma il caso descritto mostra che non è sempre necessaria la causa infettiva nell'OM, essa può manifestrarsi in seguito a traumi che non necessariamente determinano lesioni di continuo a carico della cute. Da ciò deriva l'importanza di una corretta e adeguata gestione della patologia. L'empowerment del paziente ed un approccio multidisciplinare sono presupposti importanti per evitare l'insorgenza di complicanze a volte molto pericolose e per garantire una qualità di vita migliore per questi pazienti.

Attraverso il presente **QR-Code** è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF dell'articolo originale

Gestione domiciliare della Covid-19

Le nuove linee guida ministeriali suggeriscono le modalità per la gestione domiciliare da parte del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta di pazienti positivi a Sars-CoV-2 e con lievi forme della malattia correlata

È stata pubblicate dal ministero della Salute una nuova circolare relativa alle linee guida per le cure domiciliari dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2, come aggiornamento della precedente del novembre 2020, in base alle nuove conoscenze sul virus.

Un contributo all'elaborazione è stato fornito da **Massimo Galli**, Ordinario di Malattie Infettive all'Università Statale di Milano e Direttore della Struttura Complessa di Malattie Infettive III dell'ASST Fatebenefratelli Sacco.

"La gestione del paziente Covid e dei fattori predittivi di progressione è strettamente legata alla definizione degli stadi clinici della malattia da Coronavirus - ha affermato Galli nel corso della web Conference "La Real World Evidence e la sua utilità nella gestione della SARS-CoV-2" .

Al momento della diagnosi è indispensabile valutare il rischio di progressione sulla base delle caratteristiche del singolo paziente. È su questo principio che deve essere valutato l'eventuale avvio di una terapia con anticorpi monoclonali, mentre il monitoraggio dell'ossimetria consente di decidere se mantenere le cure a domicilio o procedere al ricovero in ospedale. La terapia a domicilio dovrebbe essere sintomatica (paracetamolo) riservando l'eparina ai soggetti allettati, mentre i corticosteroidi andrebbero destinati ad essere dopo breve tempo sottoposti a ventilazione in regime di ricovero ospedaliero".

Vigile attesa: che fare?

"'La vigile attesa', intesa come costante monitoraggio dei parametri vitali e delle condizioni cliniche del paziente, è stato uno dei temi più delicati che ha generato una vivace e approfondita discussione. "Il crinale tra il paziente gestibile a domicilio e tra il paziente da ricoverare è sottilissimo" - spiega Galli. Se una paziente con Covid-19 raggiunge una condizione tale per cui è opportuno che riceva ossigenoterapia, la conseguente domanda è se sia corretto gestirlo a domicilio ove sia possibile gestire questo problema in ospedale. La mia risposta è che, per la possibile ulteriore evolutività di determinate forme di infezione che possono sfuggire al controllo più attento, dovrebbe essere considerata l'ospedalizzazione".

Trattamenti sintomatici

Nei soggetti a domicilio asintomatici o paucisintomatici sono state fornite le seguenti indicazioni di gestione clinica:

- In caso di febbre e dolori articolari o muscolari a meno che non esista una chiara controindicazione all'uso, i trattamenti sintomatici da utilizzare sono paracetamolo e Fans. Altri farmaci sintomatici potranno essere utilizzati sulla base del giudizio clinico.
- Appropriate idratazione e nutrizione, in particolare nei pazienti anziani. Nel paziente immobilizzato, visto l'aumentato rischio di sarcopenia, va garantito un appropriato apporto proteico nutrizionale.
- Promuovere, nei limiti consentiti dalle condizioni cliniche del paziente, l'attività fisica a domicilio che, anche se limitata, contribuisce a prevenire le conseguenze dell'immobilizzazione e dell'allettamento e può consentire una riduzione dell'indicazione all'utilizzo dell'eparina.
- Raccomandare di assumere preferenzialmente, durante il riposo e compatibilmente con le condizioni del paziente, la posizione prona.

Altre indicazioni

Eparina e corticosteroidi

Nei pazienti in condizione domiciliare l'eparina è limitata ai soggetti immobilizzati per l'infezione in atto. Allo stesso modo non viene consigliato l'utilizzo routinario e domiciliare dei corticosteroidi quando emerge inizialmente la diagnosi. Il loro impiego a domicilio può essere considerato in pazienti con fattori di rischio di progressione di malattia verso forme severe, in presenza di un peggioramento dei parametri pulsossimetrici che richiedano l'ossigenoterapia ove non sia possibile nell'immediato il

ricovero per sovraccarico delle strutture ospedaliere.

• *Antibioticoterapia*

Va evitato l'uso empirico di antibiotici. La mancanza di un solido razionale e l'assenza di prove di efficacia nel trattamento di pazienti con la sola infezione virale da Sars-CoV-2 non consentono di raccomandare l'utilizzo degli antibiotici, da soli o associati ad altri farmaci. Un ingiustificato utilizzo degli antibiotici può, inoltre, determinare l'insorgenza e il propagarsi di resistenze batteriche che potrebbero compromettere la risposta a terapie antibiotiche future. Il loro eventuale utilizzo è da riservare esclusivamente ai casi nei quali l'infezione batterica sia stata dimostrata da un esame microbiologico e a quelli in cui il quadro clinico ponga il fondato sospetto di una sovrapposizione batterica.

• *Idrossiclorochina*

L'efficacia dell'idrossiclorochina non è stata confermata in alcuno degli studi clinici randomizzati fino ad ora condotti.

• *Aerosol*

Non somministrare farmaci mediante aerosol se in isolamento con altri conviventi per il rischio di diffusione del virus nell'ambiente.

• *Terapie per le cronicità*

Non modificare, a meno di stringente ragione clinica, le terapie croniche in atto per altre patologie. Anche soggetti in trattamento immunosoppressivo cronico in ragione di un precedente trapianto di organo solido piuttosto che per malattie a patogenesi immunomediata, potranno proseguire il trattamento farmacologico in corso a meno di diversa indicazione da parte del medico.

• *Anticorpi monoclonali*

Ad oggi sono disponibili le associazioni di bamlanivimab/etesevimab e imdevimab/casirivimab. Candidabili al trattamento sono i soggetti con età >12 anni positivi al Sars-CoV-2, non ospedalizzati e non in ossigenoterapia per Covid-19, con sintomi di grado lieve-moderato di recente insorgenza (e comunque da non oltre 10 giorni), presenza di almeno uno dei fattori di rischio (o almeno 2 se uno di essi è l'età >65 anni) riportati in *tabella 1*. Nel documento ministeriale sono riportate anche le indicazioni per la popolazione pediatrica.

- I dati di efficacia disponibili, seppur limitati, depongono per una riduzione dei ricoveri e della mortalità nei pazienti trattati; tale dato è più evidente nei pazienti che presentano un elevato rischio di sviluppare una forma grave di Covid-19.
- L'efficacia di questi farmaci potrebbe essere ridotta nei pazienti che presentano anticorpi anti Sars-Cov-2 o per alcune varianti virali.
- La terapia consiste in un'unica somministrazione ev. La somministrazione deve essere monitorata fino ad un'ora dopo il termine dell'infusione da parte di un medico adeguatamente formato ed in grado di gestire eventuali reazioni avverse gravi. Per la prescrizione ed il monitoraggio degli esiti a 30 giorni è prevista la compilazione di un registro AIFA. È inoltre prevista la firma del consenso da parte del paziente.

(P.L.)

TABELLA 1

Fattori di rischio che suggeriscono l'uso di anticorpi monoclonali

- Indice di massa corporea: ≥35 m^2/kg
- Dialisi peritoneale o emodialisi
- Diabete mellito non controllato (HbA1c ≥9.0% o 75 mmol/mol) o con complicanze croniche
- Immunodeficienza primitiva
- Immunodeficienza secondaria con particolare riguardo ai pazienti onco-ematologici in trattamento con farmaci mielo/immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure
- Età ≥65 anni (in questo caso deve essere presente almeno un ulteriore fattore di rischio)
- Età ≥55 anni e:
  - malattia cardio-cerebrovascolare (inclusa ipertensione con concomitante danno d'organo), oppure
  - BPCO e/o altra malattia respiratoria cronica (soggetti affetti da fibrosi polmonare o che necessitano di O2-terapia per ragioni differenti da Sars-CoV-2)
- 12-17 anni e
  - BMI ≥85esimo percentile per età e genere
  - anemia falciforme
  - malattie cardiache congenite o acquisite
  - malattia del neurosviluppo
  - dipendenza da dispositivo tecnologico (p. es. soggetti con tracheotomia, gastrostomia, ecc);
  - asma, o altre malattie respiratorie che richiedono medicazioni giornaliere per il loro controllo.

Nessun beneficio clinico è stato osservato con l'utilizzo degli anticorpi monoclonali nei pazienti ospedalizzati per Covid-19, pertanto non devono essere usati in pazienti che:

- sono ospedalizzati per Covid-19
- ricevono ossigenoterapia per Covid-19
- sono già in ossigenoterapia cronica a causa di una comorbidità sottostante e che richiedono un aumento della velocità di flusso di ossigeno a causa del Covid-19.

Attraverso il presente **QR-Code** è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF del Documento ministeriale

Evidenze su post-Covid e long-Covid

La caratterizzazione dell'eziologia e della fisiopatologia delle sequele tardive è in corso e riflette i danni d'organo insorti durante la fase di infezione acuta, spesso in relazione a manifestazioni di uno stato iper-infiammatorio persistente o una risposta anticorpale inadeguata

Alessandro Padovani - *Direttore Clinica Neurologica, Università degli Studi di Brescia*

Tra i sopravvissuti alla Covid-19 sono stati segnalati sintomi persistenti, soprattutto di natura neurologica. Tra questi sono compresi pazienti che inizialmente hanno sperimentato una malattia acuta lieve. In molti casi si tratta di una reale persistenza (secondo alcuni in questo caso è appropriata l'adozione del termine long- Covid) mentre in altri casi si tratta di sintomi o disturbi insorti in epoca successiva alla infezione (in questo caso il termine più appropriato dovrebbe essere post-Covid).

La persistenza dei sintomi così come l'insorgenza di sintomi in epoche successive non è del tutto chiarita e sono stati ipotizzati meccanismi diversi. Di fatto, i dati ad oggi pubblicati e l'esperienza da noi accumulata presso l'Unità NEUROCOVID dell'ASST Spedali Civili di Brescia non consentono di attribuire a meccanismi precisi né la persistenza né la comparsa successiva dei sintomi, sebbene sia in molti casi chiara la relazione con la gravità dei sintomi all'esordio.

La caratterizzazione dell'eziologia e della fisiopatologia delle sequele tardive è tuttora in corso e in molti casi riflette i danni d'organo insorti durante la fase di infezione acuta (ictus cerebrale o encefalopatia), spesso in relazione a manifestazioni di uno stato iper-infiammatorio persistente o una risposta anticorpale inadeguata.

Probabilmente, le sequele persistenti di Covid-19 sono espressione di più sindromi risultanti da distinti processi fisiopatologici lungo lo spettro di malattia.

È doveroso sottolineare che diversi sono i sintomi descritti e riportati (astenia, dispnea, tosse, artralgia e dolori diffusi). Altri sintomi includono deterioramento cognitivo, depressione, mialgia e mal di testa. Complicanze più gravi sembrano essere meno comuni ma comunque segnalate: includono l'apparato cardiovascolare (endocarditi, miocarditi, scompenso cardiaco), respiratorio (anomalie della funzione respiratoria, fibrosi polmonare, aggravamento BPCO), renale (glomerulonefriti, vasculiti renali, trombosi arterie renali), dermatologico (eruzioni cutanee, alopecia), psichiatrico (depressione, ansia, labilità emotiva) e neurologico (malessere, affaticamento, disturbi di concentrazione e di memoria, disturbi delle sensibilità, disregolazione del sonno). Non infrequentemente tali disturbi si presentano associati tra loro.

Studio Covid-Next

Nello studio COVID-NEXT, in corso di pubblicazione e tuttora attivo a Brescia, la percentuale di malati precedentemente ospedalizzati con riferiti disturbi a distanza è stata superiore al 70% dei casi. Tra i sintomi quelli maggiormente riportati hanno incluso astenia, disturbi cognitivi e di concentrazione, disturbi del sonno, mialgie con valori superiori al 30% seguito da disturbi depressivi, perdita dell'autonomia e da instabilità, disturbi della vista e formicolii. Lo studio ha permesso di rilevare una stretta correlazione del numero dei sintomi neurologici con la gravità dell'infezione, con l'età avanzata e con lo stato di salute ovvero l'elevata multi-morbidità all'ingresso e alla dimissione.

Tuttavia, va tenuto presente che nei soggetti ospedalizzati che non hanno manifestato una gravità elevata i sintomi più frequenti rilevati a 6 mesi di distanza dall'infezione sono risultati i disturbi depressivi/ansiosi, i disturbi del sonno e i disturbi di concentrazione, presenti in oltre il 30% del campione.

La ricerca è in corso per differenziare i sintomi di un decorso prolungato di Covid-19 dalle sequele a seguito della risoluzione dell'infezione acuta da Sars-CoV-2, per raggiungere il consenso sul periodo di tempo in cui definire le fasi post-acute e a lungo termine di Covid-19, e distinguere gli effetti sulla salute legati esclusivamente all'infezione da SARS-CoV-2 dalle conseguenze delle procedure e dei trattamenti richiesti per l'assistenza di persone con malattie gravi di qualsiasi eziologia. A tal fine, presso il Centro NEUROCOVID abbiamo istituito da maggio 2020 un servizio ambulatoriale per pazienti ospedalizzati e dimessi.

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

Iperparatiroidismo e ipertrofia cardiaca

I pazienti con iperparatiroidismo lieve andrebbero sempre inquadrati valutandone anche il rischio cardiovascolare. Lo segnala una metanalisi che mostra che la patologia si associa ad un aumento significativo della rigidità arteriosa, che si riduce in maniera significativa dopo paratiroidectomia

Stella Bernardi - *Ricercatrice in Endocrinologia - Università degli Studi di Trieste*

L'iperparatiroidismo primario è una patologia caratterizzata da una anomala secrezione di PTH che, agendo primariamente sull'osso e sul rene, porta ad un aumento dei livelli di calcemia, ad osteoporosi con aumentato rischio di frattura, e ad ipercalciuria con rischio di calcolosi e insufficienza renale.
Nelle forme classiche (severe) la calcemia aumenta marcatamente e questo causa disturbi osteo-muscolari, gastropatia, alterazioni del sistema nervoso centrale, per cui la paratiroide anomala va rimossa chirurgicamente.
Nelle forme lievi, invece, che sono le più frequenti interessando fino all'11% della popolazione se si fa riferimento alle donne in menopausa, e che sono generalmente asintomatiche, l'intervento è consigliato in caso di segni di danno osseo o renale, in quanto esso si arresta o migliora dopo paratiroidectomia.
Resta dibattuto l'effetto che l'iperparatiroidismo ha sul sistema cardiovascolare: la paratiroidectomia può migliorare il rischio cardiovascolare del paziente con forma lieve di malattia?

Metanalisi

Essendo i dati dei singoli studi contrastanti, per rispondere a questo quesito abbiamo condotto una metanalisi in cui abbiamo incluso tutti gli studi che avevano valutato gli effetti dell'iperparatiroidismo lieve e della paratiroidectomia sulla rigidità arteriosa, che è un fattore di rischio indipendente per eventi cardiovascolari.
In particolare abbiamo incluso solo gli studi in cui la rigidità arteriosa veniva misurata con la velocità di trasmissione dell'onda di polso carotido-femorale (gold-standard per la valutazione della rigidità arteriosa).
Complessivamente sono stati raccolti dati di 407 soggetti sani di controllo, 393 pazienti affetti da iperparatiroidismo lieve, di cui 171 valutati prima e dopo l'intervento di paratiroidectomia.

Risultati

I dati della nostra metanalisi dimostrano che l'iperparatiroidismo lieve si associa ad un aumento significativo della rigidità arteriosa, e che essa si riduce in maniera significativa dopo paratiroidectomia.
Questo suggerisce che operare i pazienti con iperparatiroidismo primario lieve possa ridurne quindi il rischio cardiovascolare.
Si tratta della prima metanalisi che ha analizzato la relazione tra iperparatiroidismo e rigidità arteriosa. I nostri dati sono in linea con un'altra metanalisi del 2015 di McMahon et al. che avevano documentato l'esistenza di una relazione tra iperparatiroidismo lieve e ipertrofia cardiaca, che anche in questo caso, regrediva dopo paratiroidetomia.

Conclusioni

Sulla base di queste evidenze i pazienti con iperparatiroidismo lieve andrebbero quindi sempre inquadrati valutandone anche il rischio cardiovascolare. Nel frattempo ulteriori studi randomizzati su ampie popolazioni sono necessari per confermare il beneficio cardiovascolare della paratiroidectomia nei pazienti con iperparatiroidismo lieve e identificare valori soglia (di pressione arteriosa, rigidità arteriosa, ipertrofia cardiaca) oltre i quali porre indicazione alla chirurgia.

BIBLIOGRAFIA

- Bernardi S, Giudici F, Barbato V, Zanatta L, Grillo A, Fabris B. Meta-analysis on the effect of mild primary hyperparathyroidism and parathyroidectomy upon arterial stiffness. *J Clin Endocrinol Metab* 2021 Mar 8:dgab157. doi: 10.1210/clinem/dgab157. Epub ahead of print.
- https://academic.oup.com/jcem/advance-article/doi/10.1210/clinem/dgab157/6162642
- https://academic.oup.com/jcem/advance-article-abstract/doi/10.1210/clinem/dgab157/6162642?redirectedFrom=PDF

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

Agopuntura e sistema immunitario

Gli studi stanno rivelando le potenzialità del trattamento immunoregolatore proprio della riflessoterapia agopunturale sia sulle fasi iperacute che su quelle croniche di alcune patologie

Cecilia Lucenti - *Medico agopuntore, Presidente AMI - Associazione Agopuntura Medica Integrata*

Nella civiltà medica del terzo millennio molte condizioni cliniche di frequente riscontro non hanno ancora trovato una visione di insieme, un filo rosso che consenta a pazienti e terapisti di interpretarne i sintomi e di ipotizzarne un percorso terapeutico. In questo contesto diventa fondamentale ricorrere alle medicine tradizionali per farci guidare alla scoperta del legame che c'è tra le innumerevoli osservazioni che la medicina moderna fornisce allo studio. Tra queste le patologie immunitarie sono le più interessanti per la grande variabilità delle manifestazioni cliniche, per il percorso sistemico o distrettuale, per i legami che individuano tra il vissuto e i momenti patogenetici.
I disturbi del sistema immunitario sono in aumento e colpiscono fasce sempre più ampie di popolazione e, sebbene la terapia farmacologica abbia fatto enormi progressi, il bisogno di salute in questo settore non è diminuito e la spesa sanitaria è purtroppo esplosa.
L'agopuntura offre a medici e ai pazienti di tutte le età soluzioni efficaci e a basso costo che consentono di ridurre la necessità di farmaci e di migliorare la qualità della vita sia a breve che a lungo termine.

Meccanismo d'azione

L'agopuntura induce un bilanciamento delle popolazioni linfocitarie e una normalizzazione della degranulazione delle *mastcellule* con un miglioramento di diversi parametri legati alla permeabilità vascolare, all'attività istaminica e interleuchinica, intervenendo in maniera efficace sia sui disturbi respiratori e cutanei, ma anche su patologie più complesse come psoriasi, morbo di Chron fino alla sindrome di Sjögren. Regolando i meccanismi fisiologici è indicata anche nelle patologie da diminuzione della risposta cellulo-mediata come quelle oncologiche o virali.

Alcuni esempi

Nell'allergia stagionale si può studiare in modo semplice la peculiare modalità di azione dell'agopuntura che riesce, stimolando i nervi che transitano nella zona interessata dal disturbo allergico a livello delle prime vertebre toraciche e delle braccia, a modificare la risposta acquisita all'allergene e a ridurre la reazione istaminica locale inducendo un miglioramento immediato e progressivo della sintomatologia.
Il trattamento farmacologico interviene a valle della dinamica vegetativa e se la reazione istaminica è ritenuta necessaria nel tempo, la necessità di farmaco aumenterà; l'agopuntura invece destruttura la risposta appresa e induce un ripristino della corretta fisiologia e se il paziente viene trattato durante la fase acuta, per due-tre anni successivi si assiste alla remissione completa. Con lo stesso meccanismo si può agire sulle allergie cutanee e angioedema.
Anche la patologia autoimmune più severa ne trae grande beneficio sia nella riduzione della sintomatologia che nella frequenza delle riacutizzazioni. Si sa ormai che il nervo vago induce, a livello della milza, un riflesso colinergico responsabile dell'amplificazione di tutti i processi proinfiammatori e per questo si stanno studiando dispositivi elettromedicali specifici.
L'agopuntura utilizza da secoli questo principio con un semplice stimolo meccanico, senza nessun effetto collaterale sia in affiancamento alla terapia corrente (per migliorarne gli *outcome* in termini di beneficio, effetti collaterali e costo della collettività), ma anche come alternativa soprattutto nelle fasi iniziali per evitare la progressione tramite il trattamento dei meccanismi che ne stanno alla base, diventando una vera terapia eziologica.
Gli studi ormai vasti sull'argomento stanno rivelando le potenzialità di questo antico trattamento immunoregolatore proprio della riflessoterapia agopunturale, sia sulle fasi iperacute fino alla sepsi che su quelle croniche, rendendo ormai inevitabile una riflessione su come integrarla nei percorsi terapeutici in modo sistematico per una vera riduzione della spesa del Servizio sanitario nazionale e della sofferenza dei pazienti.

BIBLIOGRAFIA

- Kavoussi B, Ross BE. The neuroimmune basis of anti-inflammatory acupuncture. *Integrative Cancer Therapies* 2007:251-257.
- Takahashi T, Sumino H, Kanda Tet al. Acupuncture modifies immune cells. *Journal of Experimental & Clinical Medicine* 2009; 1: 17-22.
- Yang FM, Yao L, Wang Sj et al. Current tracking on effectiveness and mechanisms of acupuncture therapy: a literature review of high-quality studies. *Chin J Integr Med* 2020; 26: 310-20.

NUTRIENTI e SUPPLEMENTI

INFORMAZIONE QUALIFICATA DA FONTI QUALIFICATE

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

LOW FODMAP E VITAMINA D NELLA IBS

EFFETTO ANTITUMORALE DEI FUNGHI

CONSUMO DI CARNE ROSSA E DANNI CARDIACI

DIETA MEDITERRANEA BENEFICA IN MENOPAUSA

VITAMINA K A PROTEZIONE DELLE OSSA

Low Fodmap e vitamina D nella Ibs

Una dieta a basso contenuto in Fodmap riduce i sintomi della sindrome dell'intestino irritabile

Una dieta a basso contenuto in Fodmap, ovvero carboidrati cosiddetti fermentabili (oligosaccaridi, disaccaridi, monosaccaridi e polioli), migliora i sintomi della sindrome dell'intestino irritabile (Ibs), influenzando diversi fattori biochimici coinvolti in questo disturbo, incluso lo stato di salute della barriera intestinale e i livelli di vitamina D. Queste le conclusioni di uno studio *(Nutrients 2021, 13(3), 1011)* volto a valutare la relazione tra livelli di vitamina D, misurata come 25(OH)D, permeabilità intestinale e integrità della barriera gastrointestinale in pazienti con Ibs diarroica sottoposti a dieta a basso contenuto in Fodmap per 12 settimane.
La ricerca è stata promossa da **Francesco Russo**, coordinatore del laboratorio di Fisiopatologia della nutrizione dell'Irccs "Saverio de Bellis" di Castellana Grotte.

▸ Fodmap

"L'eliminazione dalla dieta di carboidrati cosiddetti fermentabili comporta una riduzione della sintomatologia, nel 75% dei pazienti. In tale contesto, il ruolo della barriera intestinale, con le sue interazioni con il microbiota intestinale, è fondamentale per il mantenimento dello stato di salute così come per l'insorgenza o il perpetuarsi di diverse patologie, sia funzionali che organiche. I meccanismi molecolari che regolano in particolare la permeabilità intestinale in risposta ai nutrienti sono ancora poco definiti, ma sicuramente la dieta può condizionarne il funzionamento attraverso diversi meccanismi, come, per esempio, modulazione del microbiota e rilascio di peptidi Gi" - spiega Russo.

▸ Vitamina D

I pazienti che all'inizio dello studio avevano bassi valori di vit. D, presentavano sintomi più gravi e una peggiore condizione della barriera intestinale, disbiosi fermentativa nel piccolo intestino e aumentate concentrazioni di marcatori di infiammazione (interleuchine e Lps), rispetto al controllo. È stata riscontrata una correlazione negativa tra livelli di

vit. D e sintomi: a più bassi livelli di vit. D corrispondeva un profilo sintomatologico più grave. Dopo 3 mesi di dieta a basso contenuto in Fodmap, si assisteva ad un aumento significativo dei livelli circolanti di vit. D in entrambi i sottogruppi, ma anche a un significativo miglioramento della funzione di barriera, soprattutto tra chi che avevano bassi livelli di vit. D all'inizio dello studio.
"L'uso di questo ormone come opzione terapeutica per la gestione dell'Ibs ha destato molto interesse e alcuni studi, compreso il nostro, supportano il concetto che il trattamento dell'Ibs, almeno nella sua variante a prevalenza diarroica, possa beneficiare di alte dosi orali di vitamina D. Tutti i dati attualmente disponibili non danno ancora risposte esaustive, ma pongono, al contrario, nuove domande: la carenza causa l'Ibs o piuttosto è quest'ultima la responsabile del deficit vitaminico? Probabilmente, sono convolti altri fattori ancora sconosciuti come determinanti per entrambi i problemi. Comunque una dieta a basso contenuto in Fodmap migliora i sintomi dei pazienti con Ibs, influenzando diversi fattori biochimici coinvolti in questo disturbo, incluso lo stato di

salute della barriera intestinale e i livelli di vitamina D. Si conferma così l'utilità di questo approccio nella gestione nel lungo periodo dell'Ibs con diarrea ed è sempre più evidente come l'Ibs non sia più una malattia "funzionale" ma presenti una serie di sottili alterazioni biochimiche e strutturali che solo ora si inizia a comprendere.

Effetto antitumorale dei funghi

Una review segnala che l'ergotioneina contenuta nei funghi può proteggere dallo stress ossidativo

Il consumo giornaliero di circa 20 g di funghi riduce il rischio di cancro del 45%. Sono i risultati sorprendenti di una review *(Advances in Nutrition, 2021; nmab015)* che ha esaminato 17 studi osservazionali tesi a valutare la relazione tra consumo di funghi e rischio di cancro (19.500 pazienti).
"I funghi sono la fonte alimentare più ricca di ergotioneina, potente antiossidante e protettore cellulare", sottolinea **Djibril M. Ba**, epidemiologo presso il Penn State College of Medicine. "Ecco perché un pieno di antiossidanti può proteggerci dallo stress ossidativo e ridurre il rischio di cancro".

Pur sottolineando come i funghi giapponesi Shiitake, Maitake, Oyster e King Oyster contengano maggiori quantità di ergotioneina rispetto ai nostri più comuni prataioli o champignon, i ricercatori hanno rilevato che qualsiasi varietà determina un impatto positivo sul rischio di cancro: secondo i risultati, un consumo giornaliero di 18 g di funghi determina un rischio di cancro inferiore del 45% rispetto a chi non ne fa uso. Il tumore che sembra beneficiarne maggiormente è il ca mammario, benché i ricercatori sottolineino che negli studi presi in esame era la neoplasia più frequente.
La ricerca può rivelarsi utile per esplorare ulteriormente gli effetti protettivi dei funghi e aiutare a stabilire diete più sane in grado di prevenire l'insorgenza del cancro. Sono però necessari ulteriori studi per individuare meglio i meccanismi coinvolti e le tipologie di tumore maggiormente influenzate.

Consumo di carne rossa e danni cardiaci

Valutati alla RM i danni anatomo-funzionali cardiaci correlati al consumo di carne rossa

Uno studio presentato nel corso dell'Esc Preventive Cardiology 2021 ha messo in correlazione il consumo di carne rossa o ultraprocessata con in danni anatomo-funzionali cardiaci. "Già altri studi hanno mostrato una relazione tra maggior consumo di carne rossa e aumento del rischio di malattia o morte CV" sottolinea Zhra Raisi-Estabragh, della Queen Mary University di Londra e coordinatore della ricerca. "Nel nostro caso, abbiamo verificato per la prima volta il danno attraverso un imaging della salute del cuore. Questo potrà aiutarci in futuro a comprendere meglio i meccanismi eziopatogenetici".

L'analisi, di tipo osservazionale, ha valutato i dati di 19.408 inglesi afferenti alla Uk Biobank, mettendo in correlazione il consumo di carne rossa dichiarato con anatomia e funzionalità cardiache valutate tramite risonanza magnetica. Sono stati presi in esame: volume dei ventricoli e relativa funzione di pompaggio; forma e consistenza cardiache; elasticità dei vasi sanguigni.

I risultati indicano come chi dichiarava maggiori consumi presentava ventricoli più piccoli, funzionalità cardiaca più scadente e arterie più rigide. Come confronto, i ricercatori hanno eseguito il medesimo test tra chi dichiarava maggior consumo di pesce azzurro, evidenziando una funzionalità cardiaca migliore e arterie più elastiche.

"Si tratta di risultati che forniscono informazioni uniche sui legami tra consumo di carne rossa e struttura e funzionalità di cuore e vasi. Una relazione solo in parte spiegata da fattori di rischio quali ipertensione, colesterolemia, diabete e obesità. Il nostro studio ribadisce tale evidenza, ma ci racconta che non sta solo in questi quattro fattori la spiegazione di tutto. Anche se l'analisi non ha valutato tali aspetti, ci sono evidenze di come la carne rossa alteri il microbiota intestinale, alzando i livelli di alcuni metaboliti nel sangue correlati a maggior rischio CV. Si tratta di uno studio osservazionale che non consente di trarre conclusioni di causa/effetto. In generale, però, è un ulteriore indizio di come sia ragionevole limitare il consumo di carne rossa e lavorata per preservare la salute del cuore ".

Dieta mediterranea benefica in menopausa

Risultati promettenti sulla perdita di peso e sui sintomi vasomotori

La dieta mediterranea ipocalorica ha mostrato risultati promettenti in termini di perdita di peso nelle donne in menopausa, nonché effetti benefici anche sui sintomi vasomotori associati. Il tema è stato oggetto di una recente review *(Curr Op Food Science 2021; 171-81)*. Il commento di **Luigi Barrea**, docente di Scienze e tecniche dietetiche applicate, Università telematica Pegaso e nutrizionista del Centro italiano per la cura e il benessere del paziente con obesità - Dipartimento di Medicina clinica e chirurgia, Unità di Endocrinologia, Aou Federico II di Napoli.

▸ Corretto stile alimentare in menopausa

È uno strumento fondamentale per due ragioni: la prima perché agisce diminuendo il peso corporeo, portando alla riduzione di patologie associate alla menopausa, osteoporosi in primis; la seconda, perché può alleviare i sintomi vasomotori. In particolare, questi ultimi potrebbero

essere attenuati da un elevato consumo di fibre, soprattutto integrali, cibi a basso indice glicemico, alimenti ricchi di Omega-3 e da un elevato apporto di alimenti ricchi di triptofano, precursore della melatonina. Incrementare l'utilizzo di questi alimenti potrebbe contribuire non solo alla perdita di peso e della circonferenza della vita, ma anche alla riduzione del rischio di sviluppare comorbidità legate alla menopausa.
La dieta mediterranea ipocalorica, combinata con l'attività fisica giornaliera, ha mostrato risultati promettenti in termini di perdita di peso nelle donne in menopausa, nonché effetti benefici anche sui sintomi vasomotori quali vampate, sudorazione notturna, secchezza vaginale, prurito e dispareunia, anche, eventualmente, con la prescrizione di nutraceutici.

▸ Indicazioni

Pane e pasta possono essere consumati con moderazione. I carboidrati complessi non devono superare il 50-55% dell'energia totale, preferendo quelli da fonti integrali. Da limitare, poi, al di sotto del 15% dell'energia giornaliera totale gli alimenti contenenti zuccheri semplici. Il consumo della fibra va incrementato ad almeno 25 g/die.
Le proteine devono rappresentare il 15-18% dell'energia giornaliera totale. Il consumo di carne rossa va ridotto a una volta ogni 15 giorni, abolendo quella processata, per il rischio di demineralizzazione delle ossa. I grassi devono rappresentare circa il 30% dell'energia giornaliera totale, mantenendo il colesterolo al di sotto dei 300 mg/die.

Vitamina K a protezione delle ossa

La vitamina K, nelle sue diverse forme, agisce come un coenzima della carbossilasi, catalizzando la carbossilazione di diverse proteine. Oltre ai suoi noti effetti sulla coagulazione del sangue, esercita anche un'importante azione sull'osso. Una review recentemente pubblicata su Nutrients sottolinea l'importanza di un'adeguata assunzione di vitamina K per ottenere livelli sufficienti di proteine carbossilate come osteocalcina e matrix Gla protein, cruciali per la salute delle ossa. Un'occasione per discutere di carenza, integrazione e dosi raccomandate. Lo spiega Maria Fusaro Ricercatrice Cnr di Pisa e Università di Padova in una videointervista.

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

Nutrientiesupplementi.it è un progetto editoriale di iFarma Editore Srl, nato con l'obiettivo di favorire, presso gli operatori sanitari, una corretta e documentata informazione scientifica su ciò che riguarda l'ambito della nutrizione e dell'integrazione.
Direttore editoriale: Dario Passoni • **Direttore responsabile:** Nicola Miglino
Per ricevere gratuitamente la newsletter settimanale: www.nutrientiesupplementi.it • info@nutrientiesupplementi.it