

M.D.

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

Anno XXIX, numero 4 - 2022

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

IN QUESTO NUMERO

FOCUS ON

6

**I medici chiedono
di essere protagonisti
del rinnovamento del Ssn**

TRIBUNA

11

**Medici di famiglia
capri espiatori della
schizofrenia del Ssn**

RASSEGNA

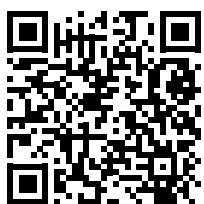
28

**Approccio metodologico
alla dispnea**

CLINICA

32

**Manifestazioni atipiche
delle SCA nel diabete**



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



Salvo Calì

Presidente del Centro Studi e Ricerche Sociali e Sanitarie - Fismu

**Per la Medicina del Territorio
vige solo la retorica dei buoni propositi**

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXIX numero 4 maggio 2022

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

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Pubblicità

Teresa Premoli
Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia



RCP Cardioaspirin

In questo numero

ATTUALITÀ

■ Prima pagina	Per la Medicina del Territorio vige solo la retorica dei buoni propositi	5
■ Focus on	I medici chiedono di essere protagonisti del rinnovamento del Ssn	6
■ Prospettive	Segna un nuovo inizio per i Mmg l'ok all'ACN 2016-18 delle Regioni?	10
■ Tribuna	Medici di famiglia capri espiatori della schizofrenia del Ssn	11
■ Riflessioni	La pandemia e l'uso del nostro ruolo professionale 'apolide'	12
■ Professione	Un monito dagli specializzandi in Medicina Generale	14
■ Contrappunto	La carenza dei medici del territorio è solo la punta di un iceberg	15
■ Indagini	Anziani e tecnologie per la salute: un rapporto complicato	17
■ Confronti	La crisi professionale contagia anche i medici europei	18
■ Lettere	La scienza impareggiabile. Medicina, medici, malati	20

AGGIORNAMENTI

■ Aritmologia	Screening per la fibrillazione atriale in Medicina Generale	22
■ Epatologia	Steatosi epatica, fattore indipendente di rischio CV	23
■ Gastroenterologia	Linee guida pratiche per la sindrome dell'intestino irritabile	24
■ Malattie respiratorie	Asma: dal controllo alla "remissione" di malattia	25
■ Medicina ambientale	Riscaldamento globale aumenterà le epidemie virali?	26
■ Neurologia	Sclerosi multipla: approvato farmaco autosomministrabile	27

CLINICA E TERAPIA

■ Rassegna	Approccio metodologico alla dispnea. Dalla fisiopatologia clinica alla diagnosi	28
■ Disease management	SGLT2 inibitori in Medicina Generale	31
■ Clinica	Manifestazioni atipiche delle sindromi coronariche acute nel diabete	32
■ Pratica medica	Dolore epigastrico acuto e pancreatite	34
■ Ricerca	Infiammazione e sindrome da fragilità	35
■ Testimonianze	Superati i 75 anni siamo da buttar via?	36
■ Monitor	Visione contemporanea dell'obesità	38
■ Osservatorio	Agopuntura in ambito neurologico	42
■ Rassegna da Nutrienti e Supplementi		43

Per la Medicina del Territorio vige solo la retorica dei buoni propositi

/// Negli ultimi trent'anni abbiamo assistito ad una profonda trasformazione dell'offerta e dell'accoglienza ospedaliera, anche con gravi criticità, sul versante del territorio invece è rimasta solo la retorica dei buoni propositi nonostante qualche timido tentativo del legislatore, come testimonia il Dlgs. 229/99, nota come legge Bindi e la legge 158 del 2012, meglio conosciuta come Legge Balduzzi". Questo è quanto afferma a *M.D. Medicinae Doctor*, **Salvo Calì**, presidente del neonato Centro Studi e Ricerche Sociali e Sanitarie della Fismu, intitolato, non a caso, a "**Giulio Alfredo Maccacaro**", medico, biologo e biometrista, uno scienziato che si è occupato di metodi della statistica applicata alla Medicina e alle ricerche delle cause, soprattutto ambientali e lavorative, delle malattie. Un medico e un intellettuale che ha dato un significativo contributo alla legge di riforma sanitaria, la 833 del 1978, che però non ebbe la soddisfazione di vedere approvata essendo venuto a mancare l'anno prima. A tale proposito va annoverato un suo scritto "Per una Medicina da rinnovare" contenuto nella collana da lui diretta Medicina e Potere. Un'analisi ancora attuale e originale, secondo Calì: "Maccacaro da un lato denuncia una visione della sanità ospedalocentrica, quindi meramente riparativa; dall'altro pone l'accento sul ruolo centrale del medico di famiglia nella visione olistica della sua *téchne*, nel suo prendersi carico della persona nella sua quotidiana individualità, nel lavoro e nella società. È in questo contesto che la malattia esprime la sua soggettività e diventa unica perché unica è la storia di ciascuna persona".

Proprio da qui parte il primo spunto di riflessione del Centro Studi - tiene a precisare Calì - che non viene a proporre soluzioni, non è il suo compito, quanto a porre interrogativi, a suscitare riflessioni. Tutti strumenti propedeutici alla costruzione di una buona risposta alla nuova domanda di salute".

"Oggi - continua - per esempio, assistiamo con il Pnrr a ingenti stanziamenti strutturali in sanità, destinati a riequilibrare l'offerta di servizi anzitutto con la realizzazione di contenitori all'interno dei quali i servizi alla persona, quelli di prossimità, devono essere organizzati. Ebbene, manca nel Paese il coinvolgimento consapevole della classe dirigente perché gli investimenti possano tradursi in servizi concreti, affinché i luoghi dell'accoglienza della sofferenza, della malattia cronica, vuoi che si chiamino Case di Comunità che Ospedali di Comunità (a proposito proprio a Maccacaro si deve l'accezione di "Casa della Salute"), abbiano le 'gambe per camminare' con personale e organizzazione adeguati perché l'offerta e la risposta ai bisogni di salute siano efficaci. La Medicina di prossimità è fatta di persone che assistono le persone, certo aiutata dalla tecnologia, ma si illude chi pensa che la tecnologia possa sostituire l'approccio umano, uomo-uomo. Il Pnrr declinato nella sanità, purtroppo, non ha ancora imparato la lezione di Maccacaro".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Salvo Calì

I medici chiedono di essere protagonisti del rinnovamento del Ssn

Questo il messaggio forte e chiaro lanciato nel corso della Conferenza Nazionale sulla Questione medica, svoltasi di recente a Roma presso il Teatro Argentina. Le richieste dei medici sono state sintetizzate in un Manifesto in cui sono stati elencati 20 punti dirimenti per un progetto di rilancio del Servizio Sanitario Nazionale in cui si pone un'attenzione particolare ad alcune tematiche che vanno: dalla carenza di medici al burnout, dal riconoscimento di diritti alla revisione dei percorsi di formazione, dalla sicurezza sul lavoro agli accordi contrattuali

a cura di: **Anna Sgritto**

Disturbi del sonno, stress, ansia, paura: ad esserne afflitti, dopo la pandemia, sono il 24% dei medici di continuità assistenziale, quasi uno su quattro. Lo stesso accade a un medico di famiglia su dieci, al 4% dei medici ospedalieri e al 3% degli odontoiatri. È questo uno dei dati - quello relativo alla cosiddetta sindrome da *burnout*

- che emergono dall'indagine conoscitiva "La condizione dei medici a due anni dall'inizio della pandemia". Realizzata dall'Istituto di ricerca Piepoli, per conto della FNOMCeO, l'indagine è stata presentata nella sua interezza, nel corso della Conferenza Nazionale sulla Questione medica, svoltasi a Roma presso il Teatro Argentina.

"I medici sono in difficoltà - ha spiegato il Presidente della FNOMCeO,

Filippo Anelli -. Le criticità che già affliggevano la professione, la carenza di personale, i mancati investimenti, la mentalità aziendalista volta a far quadrare i bilanci più che a definire obiettivi di salute, sono state acuite dall'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia. È per sanare questo disagio, e per tornare protagonisti del Ssn e nel momento cruciale della sua riforma che, un anno fa, la FNOMCeO, in-

sieme ai sindacati medici, ha sollevato quella che abbiamo definito 'La Questione medica'.

"Secondo l'Istituto Piepoli, oltre 15.000 medici e odontoiatri sono colpiti da *burnout* - aggiunge -. Un dato sicuramente sottostimato: secondo una metanalisi condotta su 55 studi pubblicati sui disturbi a carico dei medici dopo il primo anno di pandemia, una percentuale significativa di colleghi sta sperimentando alti livelli di sintomi di depressione e ansia. La prevalenza di depressione e ansia nei sanitari è rispettivamente del 20,5% e del 25,8%".

"Sorge spontanea a questo punto la domanda: chi cura i curanti? - si è chiesto Anelli -. La perdurante mentalità aziendalista che pervade il nostro Ssn, tutta concentrata solo sui risultati economici, non ha permesso di mettere in atto iniziative tese a rilevare questo drammatico fenomeno, né tantomeno a interrogarsi su come prevenirlo e affrontarlo. Per questo chiederemo, tra le altre istanze, il riconoscimento del *burnout* come malattia professionale".



Un Manifesto per il rilancio del Ssn e della professione

Le richieste dei medici sono state sintetizzate in un Manifesto: 20 punti per un progetto di rilancio del Ssn che superi le disuguaglianze e disomogeneità nelle diverse aree del Paese.

“La Professione medica e odontoiatrica deve essere presente in un progetto di rinnovamento della politica sanitaria nazionale qual è quello che dovrà essere attuato con le risorse che il Pnrr sta ponendo a disposizione - si legge nella premessa del documento - Va costruita una nuova assistenza sanitaria, un nuovo Ssn anche per superare disuguaglianze e disomogeneità nelle diverse aree del Paese”.

Dalla carenza di medici al *burnout*, dal riconoscimento di diritti alla revisione dei percorsi di formazione, dalla sicurezza sul lavoro agli accordi contrattuali molte le tematiche trattate nei venti punti del Manifesto. Ecco di seguito:

1 Carenza dei medici: eliminare il tetto al fondo 2004 e raddoppiare e aumentare l'attrattività per le borse per la Formazione Specifica in Medicina Generale al fine di impostare una corretta programmazione degli organici, sia per il personale dipendente che convenzionato, per i prossimi 10 anni.

2 Al fine di consentire l'attuazione dei nuovi modelli organizzativi e strutturali della sanità previsti dal Pnrr e fornire quella risposta straordinaria richiesta, appare indispensabile definire le risorse economiche per i rinnovi

dei CCNL e degli ACN nonché del Fondo per la specialistica accreditata.

3 Prevedere per il personale medico dipendente del privato, accordi contrattuali omogenei all'interno del Ssn, pubblico e privato, garantendo una adeguata dotazione qualitativa e quantitativa degli organici, un trattamento retributivo equiparato al settore pubblico, l'equiparazione dei titoli di carriera pubblico privato.

4 Assicurare il benessere psicofisico di tutti i medici garantendo un numero adeguato di personale sanitario e amministrativo, ad esempio per la Medicina generale, prevedendo un aumento del Fondo aziendale dei fattori produttivi di cui all'art.47 lettera d) ACN.

5 Salvaguardare il modello specifico della Pediatria di libera scelta, strumento unico ed indispensabile per garantire con l'attività di prevenzione la crescita di un bambino sano che diventi un adulto in buona salute.

6 Riconoscimento della condizione di lavoro usurante e incremento del Fondo specifico per valorizzare le competenze dei medici del Servizio 118 e del Pronto Soccorso. Valorizzare il lavoro notturno.

7 Riconoscimento normativo delle attività professionalizzanti e assistenziali dei medici in formazione.

8 Completamento orario per il pieno utilizzo di tutte le risorse professionali convenzionali del Ssn nel territorio, ad esempio aumento del monte ore della specialistica ambulatoriale.

9 Tavolo di confronto permanente tra Ministero della salute e FNOMCeO per valorizzare il ruolo medico:

- deburocratizzare l'atto medico (Piani Terapeutici) e semplificare le procedure autorizzative per l'esercizio della libera professione
- valorizzare il ruolo sociale del medico anche attraverso provvedimenti normativi
- assicurare maggiore incisività alla Professione medica nella governance del Ssn
- salvaguardare l'autonomia professionale
- tutelare l'atto medico nei processi di Telemedicina.

10 Istituzione di un Osservatorio nazionale sulla tutela dei diritti e delle condizioni lavorative dei medici, a valenza consultiva, con le OO.SS. presso il Ministero della Salute.

11 Riconoscimento della peculiarità della condizione femminile nei CCNL, negli ACN e nella Professione medica.

12 Assicurare le migliori condizioni di sicurezza nei luoghi di lavoro e sostenere tutti i processi di *risk management*.

13 Riconoscimento del *burnout* come malattia professionale.

14 Revisione dei percorsi di formazione (anche formazione continua) da orientare nella presa in carico e nella cura della Persona intesa nella sua specificità piuttosto che soltanto nell'approccio impersonale/generalizzato alla malattia sostenendo la cultura del rispetto ambientale quale determinante fondamentale della salute di tutti.

15 Valorizzazione della appropriatezza nel Ssn per contrastare l'uso consumistico e commerciale della sanità.

16 Individuare la Stp (società tra professionisti) come l'unica modalità di esercizio in forma societaria dell'attività medica e dell'attività odontoiatrica.

17 Garantire ai professionisti italiani le stesse opportunità e risorse previste per la piccola e media impresa nonché un equo compenso per i professionisti.

18 Fattiva integrazione tra tutte le risorse e gli attori della sa-

nità (medici di famiglia, ospedali e case di comunità, il distretto, le strutture accreditate esterne e la libera professione in modo da valorizzarle e sfruttarne tutti i punti di forza.

19 Ampliare i LEA in Odontoiatria

20 Favorire la libera scelta del curante anche nei percorsi di cura erogati dalle assicurazioni e dalla sanità integrativa.

Le richieste dei medici di medicina generale

Fimmg: servono investimenti speciali e dedicati alla medicina del territorio. "È arrivato il momento, in particolare per la medicina del territorio, di un investimento speciale e vincolato a permettere a quel medico (che ne faccia richiesta *ndr*) di poter fare esperimenti e di mettersi alla prova proprio perché è un libero professionista nella capacità di investire su se stesso". A sottolineare ciò è stato **Silvestro Scotti**, segretario nazionale della Fimmg, intervenendo alla Conferenza nazionale sulla Questione Medica. Scotti ha evidenziato la necessità di mettere i Mmg nelle condizioni di realizzare il Pnrr. Inoltre ha precisato: "la Medicina Generale ha bisogno di investimenti che permettano di condizionare parte del suo reddito al raggiungimento di obiettivi variabili, ma che siano anche consistenti nella capacità di permetterci l'acquisizione di fattori di produzione, di permetterci la capacità di governare, in accordo con l'Enpam, le tutele,

che ci paghiamo da soli". Il presidente della Fimmg ha poi tenuto a ricordare che quest'anno, all'OMCeO di Napoli, ci sono state 17 cancellazioni per rinuncia da parte di medici e ha chiesto di fare un'indagine nazionale sul fenomeno: "Perché non c'è solo il pensionamento come segnale importante, la cancellazione dall'Ordine indica che si sta perdendo il valore del senso di appartenenza alla professione. Su questo uno Stato serio dovrebbe riflettere" Ha concluso Scotti.

➤ **Smi maggiori tutele per i Mmg e parità di genere.** "Il lavoro dei medici è cambiato - ha dichiarato **Pina Onotri**, segretario generale Smi - e la categoria ha subito grandi trasformazioni. Per queste ragioni riteniamo non più procrastinabile il riconoscimento di tutte le tutele che in questi anni sono state proposte per i medici di medicina generale in convenzione e una piena parità di genere nella professione medica, argo-

mento, quest'ultimo, ribadito anche nel Pnrr per rilanciare lo sviluppo nazionale in seguito alla pandemia".

"La centralità delle questioni relative al superamento delle disparità di genere - continua - viene ribadita anche nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) per rilanciare lo sviluppo nazionale in seguito alla pandemia. Il Piano, infatti, individua la parità di genere come una delle tre priorità trasversali perseguite in tutte le missioni che compongono il Piano. Proponiamo, per questo, che il Ministero della Salute, sentito il Ministero delle Pari Opportunità, proponga una o più sezioni tematiche per esaminare la condizione delle donne medico in medicina generale convenzionata e in medicina ospedaliera. Vorremmo, inoltre, estendere il Sistema nazionale di certificazione della parità di genere al comparto della medicina generale convenzionata con la previsione della pubblicazione di un report annuale sul sito del Mi-

nistero della Salute. In questa pandemia sono le donne medico che hanno pagato il prezzo più alto. Il diritto al lavoro si deve coniugare al diritto alla vita familiare e personale”.

“Siamo del parere che il Governo debba partire subito per mettere mano alla questione medica e prevedere già nella prossima Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza (NADEF) che dovrà essere presentata alle Camere entro settembre prossimo, una voce, nell’ambito della spesa sanitaria, destinata alle tutele dei medici della medicina convenzionata.

Chiediamo al Governo lo stanziamento di euro 50.000.000 nella prossima legge di bilancio per l’anno finanziario 2023 e per il bilancio pluriennale per il 2023-2025 per le tutele dedicate ai medici di medicina generale convenzionata, nell’ambito del rinnovo dei contratti e delle convenzioni del personale del Ssn. Tale spesa dovrà poi successivamente perfezionata in sede di discussione contrattuale per la definizione dell’Accordo Collettivo Nazionale (ACN) 2018 - 2020 per i medici di medicina generale non ancora attualmente discusso.

Le tutele a cui bisogna puntare, per dare risposte immediate ai medici, sono in via primaria il riconoscimento dell’infortunio sul lavoro, il diritto alle ferie, alla maternità assistita, i permessi per malattia, misure certe in materia di sostegno ad handicap e per le sostituzioni per poter fruire del riposo, nonché politiche continuative per le pari opportunità. Da queste priorità bisogna far riparte la questione medica” conclude.

► **Fismu: “le politiche sanitarie non si possono assoggettare ai dettati del Ministero dell’Economia”.** Il segretario nazionale Fismu, **Francesco Esposito**, nel suo intervento alla Conferenza nazionale sulla Questione Medica si è rivolto così al ministro della Salute **Roberto Speranza** chiedendo che si “faccia una riflessione importante su settori che sono in una vera e propria emergenza, che soffrono sempre di più, anche per la mancanza di personale medico: il 118, il pronto soccorso e la continuità assistenziale”.

“Questi sono servizi sanitari che sono ‘salva vita’, strategici per la tenuta della sanità pubblica - ha continuato Esposito - nei quali operano professionisti sottoposti a lavori usuranti che meritano di essere valorizzati con ristori adeguati, molteplici e ponderati”.

“Sull’emergenza-urgenza territoriale, cioè sul 118 - ha aggiunto - serve un intervento nazionale sul piano formativo, normativo e contrattuale”.

Quindi Esposito ha fatto un appello al Ministro della Salute: “La priorità è la salute dei cittadini, si tratta di un valore etico e le politiche sanitarie non possono essere assoggettate ai dettati del Ministero dell’Economia. I medici saranno a fianco del Ministro e delle Regioni in questa battaglia”.

► **L’assenza e la polemica dello Snamì.** Il Sindacato Autonomo ha deciso di non prendere parte alla Conferenza Nazionale sulla “Questione Medica”. “Abbiamo voluto dare un messaggio forte alle Organizzazioni Sindacali che sono state presenti,

al Presidente della FNOMCeO, alle Istituzioni e soprattutto al Ministro della Salute Roberto Speranza che concluderà i lavori - ha detto **Angelo Testa**, Presidente nazionale Snamì -. Vogliamo sottolineare che la sedia vuota del secondo sindacato della Medicina Generale vuole significare un *vulnus* enorme su cui porre un’attenzione collettiva, appunto la Questione Medica. Ci domandiamo: in un momento in cui la Medicina Generale è sotto assedio, i medici sono oberati da una burocrazia pesante e spesso inutile e in cui buona parte dei desiderata della parte pubblica sono del tutto inapplicabili, tempi in cui i medici scappano dalla medicina territoriale e vanno in pensione appena possono o addirittura si dimettono, che senso ha aprire un dibattito con tremila sigle? Quantomeno diventa dispersivo ed ecco perché Snamì non ha partecipato e di rimando ha proposto lo stesso invito (inascoltato *nrd*) alle altre forze sindacali del comparto per affrontare e porre rimedio al vero dramma che stanno affrontando i Mmg in tutta Italia, senza la presenza FNOMCeO, perché è noto che la Federazione non sia un sindacato ed abbia altri ruoli istituzionali. Nell’occasione vorrei ricordare al Ministro della Salute - conclude il *leader* dello Snamì - che su quella sedia vuota dovrebbe sedere lo Snamì, il secondo sindacato nazionale dei medici di medicina generale, che a differenza delle altre formazioni sindacali, il Ministro non ha mai incontrato nonostante le ripetute, innumerevoli ed educate richieste formalmente inviate”.

Segna un nuovo inizio per i Mmg l'ok all'ACN 2016-18 delle Regioni?

Secondo la Fimmg sì perché pone la parola fine ai dubbi sulla posizione contrattuale della categoria, ma, per il sindacato, c'è bisogno di un finanziamento specifico per sburocratizzare il sistema e i carichi di lavoro dei medici di famiglia. All'opposto il parere dello Smi secondo cui tale accordo non dà alcuna risposta alle attuali e urgenti esigenze della MG

// Una decisione unanime, quella delle Regioni, che sposa la ferma convinzione espressa da sempre di avere una Medicina Generale di prossimità al cittadino, efficace ed efficiente grazie al suo rapporto di convenzione, che valorizza l'autonomia e la massima duttilità dell'assistenza erogata ai pazienti". **Silvestro Scotti**, segretario generale Fimmg, commenta con favore l'Intesa unanime raggiunta in Conferenza Stato-Regioni sull'Ipotesi di Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. Ultimo atto necessario all'entrata in vigore dell'ACN, sottoscritto il 20 gennaio scorso, su cui era già stato acquisito il parere positivo del Comitato di Settore, del Governo e la certificazione della Corte dei Conti.

Le Regioni confermano con questa Intesa il punto contrattuale di riferimento per l'area della MG. "Serviranno ora le risorse economiche e umane - sottolinea Scotti - anche per sostenere un contenuto di professionalità in area medica, ma soprattutto per sburocratizzare il sistema e realizzare una giusta suddivisione dei carichi dei lavori con personale amministrativo

e sanitario che sia di supporto ai Mmg attraverso un finanziamento specifico". In questo senso Fimmg si affianca alle Regioni rispetto alla richiesta di maggiori risorse, specificamente destinate, così da consentire all'ACN di avere un compimento pieno a latere di progetti legati al Pnrr.

Fimmg appare determinata ad affiancare le Regioni al fine di ottenere i necessari finanziamenti per le risorse umane, in relazione ad esempio alle premialità per gli obiettivi variabili destinati alla MG o anche a potenziare la funzione *spoke* degli studi sul territorio.

"Il ruolo unico che viene proposto - conclude Scotti - può dare soluzione anche alla carenza dei medici con la possibilità di un'evoluzione diretta del medico di continuità assistenziale in funzioni fiduciarie non più a ore, bensì a quota capitaria".

► Il commento dello Smi

"L'assenso tardivo della Conferenza Stato-Regioni su una pessima ipotesi di ACN per la MG, siglato tra le parti riguardante gli anni 2016-20218, lascia l'amaro in bocca". Questo è stato il commento di **Pina Onotri**, segretario

generale Smi. "I nodi per la professione medica messi in risalto dalla pandemia - continua Onotri - sono ancora tutt'altro che risolti, a partire dalla necessità di una retribuzione migliore che tenga conto delle responsabilità e dei maggiori carichi di lavoro. Fino ad oggi, infatti, non si è riusciti ad offrire strumenti per rendere la professione più attrattiva, per fermare sia l'esodo all'estero dei giovani medici, sia i prepensionamenti di massa. L'intesa siglata Conferenza Stato-Regioni non viene incontro a queste nuove necessità".

"Auspichiamo, per questo, l'avvio del percorso per il rinnovo contrattuale per il triennio 2019-2021 affinché si recepiscano i contenuti in tema di sanità e di medicina presenti nel Pnrr".

"Il Governo - conclude - deve aprire una stagione nuova che abbia al centro politiche di sostegno alle pari opportunità per le donne medico, ormai parte maggioritarie nella professione e delinere, al tempo stesso, nuove tutele per il lavoro medico. Sono queste le priorità che da subito bisognerà affrontare per risolvere le sorti della Medicina Generale convenzionata".

Medici di famiglia capri espiatori della schizofrenia del Ssn

La narrazione mainstream non recede e anche questa volta implicitamente sul banco degli imputati, per il sovraffollamento da codici bianchi dei Ps, c'è il medico del territorio e non, ad esempio, il deficit di offerta pubblica di visite specialistiche, documentate da Agenas

Giuseppe Belleri - *Medico di medicina generale, Flero (BS)*

Una buona parte delle prescrizioni di visite specialistiche in evase ha gioco forza preso la via dell'offerta libero-professionale. Un razionamento occulto, che di fatto segnala la voragine creata tra domanda ed offerta di prestazioni specialistiche con il blocco delle attività per l'emergenza Covid-19. Serviranno anni per colmare il gap, ma le persone continuano ad ammalarsi e ci si rassegna alla visita "a pagamento" sempre disponibile, per quella che appare una privatizzazione empirica ormai consolidata, alla faccia della retorica imperante sull'universalità ed equità dell'accesso del nostro Ssn. La medicina del territorio soffre di un analogo stato ma, guarda caso, non raggiunge le prime pagine delle TV con immagini eclatanti, come quelle dei PS intasati.

► Mmg sul banco degli imputati

Ecco quindi riaffacciarsi la narrazione che nel biennio orribile del Covid ha contrappuntato i servizi giornalistici: sul banco degli imputati vengono posti i Mmg per il loro *status* libero professionale garantito da una convenzione comprendente mansioni e (pochi) obblighi, che legittimerebbe interessi personali a scapito dei pazienti, possibilmente da mettere in riga con la dipendenza. Il tutto mentre nel 2021 è esplo-

sa le spesa privata per visite specialistiche, quella sì in regime di libero mercato puro, la convenzione triennale della MG scaduta a fine 2018 è entrata in vigore alla fine di aprile 2022 e della successiva, anch'essa già terminata a fine 2021, si sono perse le tracce. Non male per dei liberi professionisti che stando al Codice Civile dovrebbero avere la massima autonomia nell'organizzazione del lavoro e nella definizione dei propri compensi! Da gennaio a fine aprile sono stati registrati 11,8 milioni di casi di omicron seguiti con tutte le procedure cliniche e burocratiche dai medici del territorio e solo in minima parte ospedalizzati, per una media di 10mila ricoveri al dì e con un picco di 22mila a fine gennaio. Ma la narrazione *mainstream* non recede, imputando implicitamente anche il sovraffollamento da codici bianchi al medico del territorio e non, ad esempio, al deficit di offerta pubblica di visite specialistiche, documentate da Agenas. Oppure al ben noto fenomeno del *boarding* da tempo segnalato dal SIMEU: gli sfortunati cittadini che stazionano in barella nei PS non sono certo "pseudo" malati da codice bianco, ansiosi per lievi o transitori disturbi, ma pazienti con pluripatologie croniche complicate o scompenstate che richiedono un ri-

covero per ulteriori accertamenti e cure, in letti che sono stati nel frattempo eliminati dalle corsie. Ecco quindi la code all' "embargo" per una degenza ospedaliera sempre deficitaria e il conseguente intasamento da collo di bottiglia del PS. La controprova è arrivata da lì a 24 ore anche al Cardarelli: una volta deviato il flusso eccedente verso altra "imbarcazione" le telecamere del TG serale hanno documentato il ritorno al fisiologico affollamento della sala d'attesa del nosocomio partenopeo. Chissà se anche i cronisti avranno preso atto dei dati empirici che inficiano una narrazione riproposta in modo routinario, ma ormai trita e lisa come un vestito troppo messo. Il problema italiano è squisitamente cognitivo: un deficit di definizione del problema e di programmazione razionale per una carente percezione, valutazione e interpretazione della realtà, con il conseguente vuoto decisionale che lascia incancrenire i problemi stessi, generando paradossi e ricadute organizzative su punti caldi o anelli deboli. O forse, come sostengono altri, era tutto previsto e messo nel conto di una privatizzazione prima "strisciante" ed ora palese?

• Estratto dell'articolo "La schizofrenia del sistema" pubblicato su: <http://curprim.blogspot.com>

La pandemia e l'uso del nostro ruolo professionale 'apolide'

Siamo una figura professionale ibrida e non è un caso che abbiamo subito una fortissima campagna denigratoria nazionale. Siamo stati abbandonati e presi in giro, passando dal ruolo di angeli a quello di demoni, precipitando nel profondo degli inferi sanitari. Siamo stati attaccati con una aggressività inusuale anche da pazienti e colleghi no-vax. Siamo diventati, nostro malgrado, una sorta di giudice circa situazioni assolutamente incredibili ed indesiderate che ci hanno schiacciato ed oberato con carichi di lavoro non di nostra competenza e preparazione

Alessandro Chiari

Segretario Regionale Fismu, Emilia-Romagna

I luoghi comuni sono una delle armi più diffuse dai mezzi di comunicazione e purtroppo l'esperienza insegna che sono duri a morire e che ci accompagnano per tutta la vita. Abbiamo assistito alla distruzione virtuale e reiterata del sistema sociosanitario compiuta allo scopo di esporre nuove teorie, il che fa parte della natura umana dei decisori/legislatori. Fa anche parte del mondo attuale creare un *surplus* di informazioni e notizie in cui i cittadini difficilmente riescono a destreggiarsi. Risultato è che i cittadini sono sempre più orientati alla semplificazione. Motivo per cui sono molti quelli che si affidano a ciò che appare in TV o peggio in rete e quindi, almeno in teoria, non troviamo nulla di strano nel fatto che la gente segua più facilmente una linea di informazione poco corretta. Inoltre i ritmi frenetici della vita moderna lasciano poco spazio agli approfondimenti e ci portano ad accettare la realtà per come viene presentata dagli addetti ai lavori contando sulla loro onestà intellettuale.

► Houston abbiamo un problema

Il problema è come intervenire, soprattutto in un segmento sensibile quale può essere la sanità o ancora peggio la Medicina Generale, che ancora rimane una risorsa gratuita e che offre ambulatori come supermarket della sanità aperti al pubblico che ne usufruisce quando e dove vuole con la convinzione di poter acquistare, a costo zero, tutto ciò che desidera o crede di desiderare. In questo contesto va anche inserito il problema dettato dalla criticità della situazione economica per cui molti pazienti pensano anche a causa di compiacenti avvocati e associazioni di poter ottenere qualcosa dal punto di vista economico che spesso si basa su inconsistenti accuse (a me sta capitando una situazione simile); la possibilità di tali eventi negativi nel caos della pandemia era una cosa tra l'altro assolutamente già intuita nel circuito degli addetti ai lavori.

La compressione dei rapporti spazio-temporali che si è fatta via via sempre più veloce, ma nello stesso tempo, la riduzione della libertà data dai vari provvedimenti ha portato a una vera e propria schizofrenia informativa sanitaria per cui alla fine della storia forse i più colpiti potrebbero proprio essere i medici che, tuttavia, lottando contro questa disinformazione hanno sempre cercato di seguire una visione scientifica in scienza e coscienza, seguendo delle linee guida ben strutturate salvo eccezioni.

► In hoc Mmg vinces

Crediamo che, alla fine, nell'ambito della confusione generatasi, si sia addirittura cercato di fare del medico di famiglia un figura apolide nel panorama della sanità operativa. In questa pandemia i medici di Medicina Generale non sono stati un effetto collaterale ma l'elemento decisivo per combatterla. Quello che manca veramente nel *parterre* è una vera cultura e

non una pseudo cultura dettata da Internet o da qualsiasi altro sito di dubbie informazioni: se ricordiamo bene gli archeologi tedeschi dicevano che dove c'è una cultura nasce una civiltà, ma quella delle informazioni mediche, che passano in questo momento, è una sottocultura: noi siamo in presenza di una sotto civilizzazione culturale che lascia spazio a qualsiasi interpretazione possibile e aberrante della realtà pandemica e quindi ha creato una serie di futili e inutili ma pericolosissimi sentieri alternativi in cui si sono sviluppate varie teorie negativistiche. Tutto questo e quant'altro ha portato ad uno stato di confusione mentale di molti osservatori e quasi sempre dell'uomo della strada. Soprattutto la difficoltà di trovare indicatori efficaci e sono mancati analisi, programmi, prospettive e previsioni.

Meno male che i Mmg si fondano sulla solida interpretazione e integrazione sull'aspetto professionale comportamentale, la filosofia, l'etica e la morale, su una qualche arte in grado di rifarsi a qualche nobile tradizione con radici affondate in una cultura millenaria che rimanda ad aspetti con riferimenti religiosi, artistici, letterari o filosofici, ad un elemento ancestrale e romantico che tanta presa ha ancora sui giovani affamati di scoperte. Quello che bisogna evitare è che la medicina sia sempre più frequentata da una sorta di popolazione di *figure mengheliane* che credono di essere gli angeli della vita o della morte di qualsiasi tipo di situazione sanitaria: coloro che decidono se il paziente riceverà la risorsa o non la riceverà.

Purtroppo, e lo dicevano già i greci, le risposte sbagliate nascono quando esistono delle necessità

impossibili da realizzare, ed è su queste cose necessarie ma irrealizzabili che nascono gli *slogan* e le posizioni ideologiche; in poche parole dove si utilizza, come base comunicativa, la demagogia. In medicina una di queste fantasiose prospettive fa parte di quella politica kamikaze delle aziende di dare sempre ragione al paziente danneggiando paradossalmente se stesse ed i propri operatori.

► Fakes

Non è una novità che sui *social network* le *fake news* abbiano più successo in termini di like e condivisioni rispetto alle notizie attendibili e verificate. Uno studio pubblicato sulla rivista *Science*, nel marzo del 2018, ha analizzato migliaia di notizie e post pubblicati su Twitter mettendo in luce come le notizie false dominassero la scena: una *fake* raggiunge, in media, 1.500 persone sei volte più rapidamente di una storia vera e ha il 70 per cento di possibilità in più di essere condivisa rispetto alle notizie affidabili. Alla fine della storia, ma forse già da ora tutta la *querelle* sulla dipendenza sembra di più un *ballon d'essai* che una esigenza reale del legislatore.

► La voglia di mollare

Riferendoci al discorso del Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici, il dottor **Filippo Anelli**, circa la presentazione del sondaggio sui medici italiani, emergono dati molto preoccupanti con percentuali altissime di colleghi che non si ritrovano più nel loro lavoro e vorrebbero andare subito in pensione. E questo lo vediamo ogni giorno nella Medicina Generale. L'imputato principale è il carico di lavoro, come diciamo da tempo, e comunque esiste un

80% circa di colleghi di Assistenza Primaria che se potessero, vorrebbero mollare subito. Il continuo carico di nuove incombenze e compiti contribuisce a produrre il desiderio di arrendersi. E questo non è solo un dato preoccupante ma addirittura un dato clamoroso, che non può essere ignorato e richiede una nostra riflessione, anche in vista di una "riforma" del Territorio richiesta dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Per quanto riguarda il legislatore sanitario potremmo ritenere che anche le persone più intelligenti possono arrivare ad un livello intrinseco di incompetenza, una sorta di parabola del campione, come diceva **Enzo Ferrari**, e dimostrarsi decisori inadeguati. È stata messa a punto una campagna denigratoria perfettamente creata ad arte per poter caricare sulla Medicina Generale le colpe, i ritardi e le indecisioni che sono state prese dai politici durante questa terribile crisi: ancora una volta, con nostro dispiacere, purtroppo, possiamo notare come la politica continui ad usare la sanità. Non è un azzardo, anzi è totalmente vero che dovrebbe essere proprio il contrario: dovrebbe essere la politica al servizio della sanità in modo di dare ai cittadini delle risposte eque solidali e soprattutto assistenza realmente corrette e dove vengano assicurati dei livelli di assistenza non solamente essenziali ed ubiquitari, ma efficienti, efficaci e di qualità.

Di fronte a tutto ciò mi viene in mente una frase del Presidente **Obama**: "*A volte, la solidità del tuo processo decisionale non conta nulla. A volte sei fottuto e basta, e il meglio che ti resta da fare è mandar giù qualcosa di forte e accenderti una sigaretta*".

Un monito dagli specializzandi in Medicina Generale

Il settore Formazione della Fimmg chiede una revisione complessiva del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale e lancia un monito alle Regioni e al Governo:

“Le conseguenze di scelte avventate potrebbero aggravare la carenza di Mmg invece che risolverla, portando ad un burnout precoce il giovane medico costretto a gestire un carico assistenziale sproporzionato alle sue capacità”

Nelle ultime settimane in alcune Regioni si è discusso l'aumento dei massimali di assistiti in deroga alle leggi vigenti per fronteggiare la carenza di medici ormai estremamente critica in molti territori. Mentre il Lazio ha approvato la DGR che porta il limite da 650 assistiti a 780 per i Medici iscritti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, la Regione Toscana deroga ufficialmente il massimale previsto portandolo d'ufficio a 800 scelte per il primo anno e a 1.500 scelte per il secondo e terzo anno di frequenza del Corso. Una decisione sicuramente forzata dalla sempre più critica carenza di Mmg, che vede ancora una volta in prima linea i giovani colleghi in Formazione Specifica. La Segretaria Nazionale di Fimmg Formazione, **Erika Schembri**, commenta: “I colleghi della Formazione Specifica hanno più volte dimostrato di essere una risorsa fondamentale e la Formazione-Lavoro rappresenta sicuramente un'evoluzione obbligata del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale; chiediamo però che il peso degli errori passati che hanno portato ad una mancata programmazione del turnover generazionale non venga semplicemente scaricato sulle spal-

le dei giovani medici senza dar loro i giusti strumenti.

Concordiamo sulla necessità di aumentare il massimale previsto dall'ACN vigente, nonché dal Decreto Legge 35/19, ma crediamo che debba rimanere una scelta volontaria del singolo medico, non un'imposizione d'ufficio. I colleghi hanno il diritto ad avere un carico assistenziale adeguato alle loro competenze progressivamente implementate durante percorso formativo, ma hanno diritto a lavorare nelle giuste condizioni, accedendo in via prioritaria agli incentivi per l'ingresso nelle forme associative e per il personale di studio; inoltre devono poter avere a disposizione un tutor di riferimento per confrontarsi nella loro attività convenzionale.”

Sempre sul tema Formazione-Lavoro, Fimmg plaude all'approvazione dell'emendamento 12.13 del “DL Riaperture”. Emendamento che consentirebbe fino al 31 dicembre 2024 al medico in formazione di assumere un incarico convenzionale come medico di medicina generale, aumentando il limite per l'assistenza primaria fino a 1.000 assistiti, supportato da un Mmg tutor, al quale servirà un'anzianità ridotta da 10 a 5 anni rispetto ai vincoli previsti dal decreto le-

gislativo 368 del '99. L'emendamento riconosce le ore in convenzione come ore di attività pratica, da computare nel monte ore di tirocinio del medico

► Plausi e avvertimenti

“Verrebbero così garantiti i presupposti per una Formazione-Lavoro - commenta Schembri - tra cui la possibilità di assumere subito, già con l'iscrizione al Corso incarichi di Medicina Generale, attraverso il riconoscimento delle ore di attività professionale convenzionale come tirocinio pratico”.

Infine, il settore Formazione Fimmg lancia un monito alle Regioni e al Governo: “Serve responsabilità nelle decisioni prese in situazioni critiche, altrimenti le conseguenze di scelte avventate potrebbero aggravare la carenza dei medici invece che risolverla, portando ad un *burnout* precoce il giovane medico costretto a gestire un carico assistenziale sproporzionato alle sue capacità. È necessario adeguare in modo stabile e definitivo la formazione in modo che sia sostenibile e integrabile con l'attività convenzionale del Medico in Formazione, nelle more di una revisione complessiva del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale”.

La carenza dei medici del territorio è solo la punta di un iceberg

A sottolineare questo concetto è il presidente dello Snamì dell'Emilia-Romagna secondo cui, quello di cui "la politica dovrebbe tenere conto", in merito al futuro del nostro Ssn, è anche "l'esodo dei professionisti del comparto" dalla sanità pubblica verso quella privata o la libera professione" e la minor attrattività verso la Medicina Generale delle nuove leve per "il carico burocratico che negli anni si è accumulato sulle spalle dei i Mmg"

Il pensionamento dei medici di medicina generale non è l'unico problema inerente alla carenza dei medici medicina generale che mette in crisi il nostro Ssn. Quello di cui "la politica dovrebbe tenere conto" è anche "l'esodo dei professionisti" dalla sanità pubblica verso quella privata o la libera professione. Il monito arriva da **Roberto Pieralli**, presidente dello Snamì Emilia-Romagna, intervistato dall'agenzia *Dire*.

"Abbiamo un esodo verso il privato e la libera professione - avverte Pieralli - c'è un problema manageriale grande come una casa, che è un problema di gestione delle risorse umane. La politica prima o poi dovrà rendersene conto". Il problema, spiega il sindacalista, è soprattutto il carico burocratico che negli anni si è accumulato sulle spalle dei Mmg. "Ma i professionisti non sono operai - avverte Pieralli - studiano per avere autonomia e discrezionalità. Il sistema invece crea percorsi obbligati e li forza in un certo modo. I medici questa cosa non la accettano e cercano strade alternative. Anche i cittadini ne devono essere consapevoli".

Nel pubblico, ormai, "hanno costretto il medico ad avere il 10% di attività clinica e il 90% di cartacce inutili - precisa - non è così che si può sperare di attrarre professionisti. Il lavoro del medico non è più attrattivo e la misura è colma".

Questo problema si somma al massiccio pensionamento dei medici di famiglia e alle criticità del ricambio generazionale numericamente inadeguato, a cui va sommata la fuga dei Mmg con la richiesta di pensionamenti anticipati.

"I medici, nel sistema che purtroppo è stato creato negli ultimi anni, non ci vogliono più stare. Quindi non solo assistiamo ai pensionamenti per età, ma anche alla fuga dei professionisti che non vogliono sottostare a regole demenziali e a incombenze burocratiche, che di medico non hanno nulla". "Regole - continua Pieralli - che servono a controllare la spesa e l'appropriatezza". Se le Ausl e la politica hanno tali necessità quel che serve per Pieralli è il personale amministrativo, non certo le competenze cliniche del medico che da tali incombenze vengono annullate.

► Un ottimismo inadeguato

Inoltre secondo Pieralli le previsioni fatte dal Ministro della Salute, **Roberto Speranza**, di riuscire ad uscire dalla crisi del personale medico nel giro di tre anni è fin troppo ottimistica poiché "non si può compensare un problema di 20 anni con solo 17.000 posti in più nelle scuole di specializzazione".

"Tre anni mi sembrano una prospettiva estremamente ottimistica - ha infatti dichiarato Pieralli - perché purtroppo, per il caos che ci siamo portati dietro a causa dell'imbuto formativo e degli altri problemi presenti da quasi 20 anni, abbiamo accumulato un gap di decine di migliaia di professionisti che è matematicamente impossibile recuperare in tre anni".

Secondo il presidente dello Snamì Emilia-Romagna, insomma, "creare una marea di posti a invarianza delle norme, che ad esempio impediscono ai medici di lavorare e formarsi contestualmente, è una politica sbagliata". Piuttosto, sostiene Pieralli: "bisogna rimodulare il percorso formativo e allinearli a quello europeo, dove i medici una volta abilitati hanno la possibilità di formarsi e lavorare allo stesso tempo".

Anziani e tecnologie per la salute: un rapporto complicato

L'uso internet è più diffuso di quanto si pensi tra gli anziani, ma molto va ancora fatto per quanto riguarda i servizi digitali legati alla salute. È quanto rileva un'indagine della Scuola superiore di Pisa con Sociotechlab, il laboratorio di tecnologie sociali del Sindacato dei Pensionati Italiani (Spi), presentata di recente a Roma

Otto anziani su dieci, di età compresa tra i 65 e i 74 anni, usano internet, ma appena un quarto tra quelli che navigano in rete, lo impiegano per motivi legati alla salute, come prenotare visite ed esami, scaricare la ricetta elettronica, monitorare il proprio stato di salute.

Mano a mano che si va avanti con gli anni, la percentuale dei "vecchi" internauti scende, per attestarsi al 60 per cento tra chi ha tra i 75 e gli 84 anni, e al 30 per cento tra chi ha più di 85 anni. poco più di uno su dieci tra i 75 e gli 84 anni tra quelli che frequentano il web e appena il sei per cento tra gli over 85, impiega servizi digitali per la salute. Dati che potrebbero evidenziare - secondo la ricercatrice **Andrea Vandelli** - un *digital gap* generazionale.

C'è poi l'altro lato della medaglia: nelle aree interne, il 9 per cento degli over 65, il 14 per cento di chi ha età compresa tra i 75 e gli 84 anni, e il 13 per cento di chi ha più di 85 anni, non ha connessione alla rete. Questi sono solo alcuni dei dati di una ricerca elaborata dalla Scuola Sant'Anna di Pisa in collaborazione con Sociotechlab, il laboratorio di tecnologie sociali dello Spi Cgil, presentata recentemente in un convegno dal titolo "SocioTechLab. La tecnologia che fa bene alle perso-

ne", organizzato dai pensionati del principale sindacato italiano all'Auditorium di Roma. L'indagine è parte di un progetto comune sulla formazione, la ricerca e il trasferimento tecnologico in favore delle persone anziane non autosufficienti. "I contenuti e le forme di tale progetto - spiegano i promotori - sono innovativi e riguardano temi come la promozione della salute, il miglioramento della qualità di vita delle persone affette da patologie croniche e non autosufficienti, il miglioramento dei sistemi e dei processi di management sanitario, la definizione di politiche sociali inclusive".

► Obiettivi

Scopo dell'indagine, effettuata su un campione di 2.262 persone di età superiore ai 65 anni, iscritte alle Leghe Spi di alcune aree interne di Calabria, Lombardia, Toscana e Veneto, era quello di fotografare la propensione all'uso delle tecnologie tra gli anziani.

Secondo i dati della ricerca, la disponibilità all'uso delle tecnologie, aumenta nelle classi più alte di età: e così, se tra gli intervistati di età compresa tra i 65 e i 74 anni, una persona su cinque dichiara di non essere disposto a usarle in futuro, meno del dieci per cento dei più anziani di età superiore è indisponibile.

► I dispositivi più utilizzati

Il dispositivo più usato è lo smartphone (tra i 65-74enni, l'82,76 per cento contro il 60 che usa il computer; tra i 75-84enni 54,23 contro il 24 del personal computer; tra gli over 85 il 28,81 contro il 6 per cento).

Come è facile immaginare, l'uso degli strumenti digitali per la salute sono più frequentati invece da chi ha un'istruzione superiore: usano le ricette elettroniche il 6 per cento di chi ha il diploma elementare contro il 66 per cento di chi ha una laurea. Ancora i laureati monitorano molto di più lo stato di salute: il 40 per cento contro l'appena l'1 per cento di chi ha concluso solo il ciclo delle scuole elementari.

Per gli esponenti del Sindacato dei Pensionati Italiani si tratta di dati significativi per capire il livello di familiarità degli anziani verso i nuovi servizi digitali.

Questi dati si rivelano molto utili per il sindacato sia per inserire le tecnologie applicate alla salute nelle varie forme di contrattazione sociale, sia per raccogliere i bisogni, proporre soluzioni che siano di supporto alla sanità territoriale e domiciliare. Perché, secondo quanto sottolineato da **Stefano Landini**, segretario nazionale dello Spi Cgil, la tecnologia deve supportare l'inclusione delle persone.

La crisi professionale contagia anche i medici europei

Si tratta di una realtà confermata nel tempo da studi ed indagini e che oggi viene ribadita dai dati dell'indagine di Anaao-Fems (Federazione Europea Medici Salariati) su 12 Paesi: Austria, Cipro, Croazia, Francia, Germania, Italia, Portogallo, Romania, Slovenia, Slovacchia, Spagna, Svezia. Una crisi professionale generale che include non solo i medici dipendenti, ma anche i Mmg, come ratifica una recente metanalisi del Br J Gen Pract sugli studi pubblicati fino a dicembre 2020 inerenti alla prevalenza del burnout tra i medici di medicina generale

Anche in Oltralpe il medico è un professionista stanco per un carico di lavoro eccessivo, per una professione svilita nel suo ruolo sociale, per la mancanza di crescita e soddisfazione professionale e di una via di fuga intesa come cambiamento di luogo di lavoro, per una retribuzione economica insoddisfacente rispetto all'impegno e alla fatica vissuti giornalmente. Questo l'identikit del medico europeo che emerge dall'indagine Anaao-Fems (Federazione Europea Medici Salariati) condotta da **Alessandra Spedicato**, Capo delegazione Anaao Assomed nella Federazione su 12 Paesi: Austria, Cipro, Croazia, Francia, Germania, Italia, Portogallo, Romania, Slovenia, Slovacchia, Spagna, Svezia. "Questa indagine, la prima nel suo genere a livello europeo, ha un significato che va ben oltre l'assegnazione di un palmarès a Paesi virtuosi quali Germania, Austria e Svezia - commenta Alessandra Spedicato. Piuttosto va segnalato come anche alle ai medici europei rimane una sola possibilità, e cioè il licenziamento, una scelta ben evidenziata dal recente

studio Anaao sul fenomeno della *Great Resignation*. Il servizio nella struttura dove si lavora è giudicato soddisfacente, ma quasi ovunque il servizio stesso è peggiorato negli ultimi 10 anni e questo è dovuto principalmente agli eccessivi carichi di lavoro per mancanza di personale. Se vogliamo però c'è un'isola felice rappresentata da tre Paesi Germania, Svezia e Austria dove la possibilità di crescita professionale è buona, la retribuzione è considerata soddisfacente, buona la formazione, facile la possibilità di passare dalla dipendenza alla libera formazione".

► Qualità dei servizi offerti

La qualità dei servizi offerti dalle strutture sanitarie del proprio Paese è valutata dal 50% dei medici poco soddisfacente, mentre la qualità dei servizi offerti dagli ospedali risulta soddisfacente al 75%, dato che arriva all'84% se si parla degli ospedali della propria regione, mentre il gradimento verso la qualità offerta dai servizi extra ospedalieri del proprio Paese scende al 59%.

Negli ultimi 10 anni, la qualità dei servizi nelle strutture sanitarie del

proprio Paese è percepita come peggiorata (59%) da Austria, Germania, Portogallo, Italia, Francia, Svezia, Spagna, nazioni che sono anche tra le più popolate tra tutte quelle che hanno partecipato al sondaggio. Invece per i medici di Slovenia, Slovacchia e Croazia la qualità è invariata, mentre a Cipro e in Romania i servizi sono migliorati. È curioso il dato che, anche in Paesi che hanno investito e continuano a investire in sanità (Svezia, Germania, Austria, Francia) vi sia la percezione di un peggioramento della qualità dei servizi sanitari offerti. Un'ipotesi, confermata parzialmente dai risultati globali della survey, è che sia peggiorato il lavoro medico e, in conseguenza, l'attitudine alla cura e le possibilità di esprimere la propria professionalità.

Tra le principali cause del peggioramento, laddove è riscontrato, la risposta più frequente (83%) è dovuta ai carichi eccessivi di lavoro per mancanza di personale (a denunciarlo sono principalmente le donne); quindi scarsi investimenti nelle strutture 41%; sempre al 41% la dirigenza influenzata dalla politica e infine le retribuzio-

ni inadeguate 33%. Il tema dei carichi di lavoro è un tema che ricorre frequentemente nella indagine, affermandosi come elemento necessario di iniziative sindacali.

Restando nell'ambito professionale le possibilità di veder riconosciuta la propria professionalità nella struttura sanitaria in cui si lavora sono ritenute poche dal 66% del campione (il 25% tra questi sono i più giovani); il restante 34% risponde abbastanza a questo gruppo appartengono Germania, Austria e Svezia. È necessario chiedersi se il declino del riconoscimento sociale e professionale del medico sia da attribuire al disinvestimento politico in questo settore, alla femminilizzazione della professione o alla diminuzione del senso di appartenenza alla categoria professionale e all'ordine professionale di appartenenza.

È stato quindi chiesto di dare un giudizio su un aspetto (tra i dodici presentati) che incide sulla qualità dei servizi sanitari. Per il 58% i carichi di lavoro sono troppo pesanti per mancanza di personale; successivamente un altro aspetto che incide sulla qualità dei servizi sanitari sono le retribuzioni inadeguate (33%), infine c'è un 9% che ritiene che nella qualità dei servizi incidono negativamente gli scarsi investimenti nelle strutture.

Andando a indagare in maniera più articolata il livello di soddisfazione economica, professionale e di benessere nel posto di lavoro risulta che: il 92% dei partecipanti non ritiene che il compenso economico sia adeguato all'impegno richiesto al medico dipendente (con unica eccezione, la Germania) che per il 50% lavorare in una struttura sanitaria signi-

fica rinunciare alla vita privata; che il 41% pensa che il ruolo svolto dal medico dipendente ha uno scarso riconoscimento a livello sociale; il 66% del campione inoltre ritiene che molte norme finalizzate a migliorare la sicurezza e la qualità delle cure sono in realtà strumenti volti a ridurre i costi.

► Emergenza da Covid-19

Due sono state le domande inerenti alla pandemia: *"In che maniera si ritiene che il sistema sanitario del suo Paese abbia risposto di fronte all'emergenza Covid-19"; "In che maniera la struttura dove lavora ha risposto all'emergenza"*. Relativamente al primo quesito il 50% del campione ha riferito che la risposta è stata abbastanza adeguata e tra questi ci sono i medici italiani, mentre il 42%, e tra questi ci sono i medici spagnoli, ha definito inadeguata la risposta.

In merito al secondo quesito l'83% ritiene che la struttura dove lavora ha risposto all'emergenza in maniera abbastanza adeguata. Durante l'emergenza Covid-19 il 75% dei medici europei ritengono di aver svolto con il proprio lavoro un ruolo importante però allo stesso tempo questo lavoro per il 50% è stato poco valorizzato. Infine il 66% denuncia che le loro opinioni siano state prese poco in considerazione nel processo decisionale. Infine cosa ha insegnato la pandemia e quali gli aspetti da migliorare nel caso di nuova emergenza: più medici, più infermieri, più posti letto in terapia intensiva, potenziamento dei servizi medici extra ospedalieri, più prevenzione, più investimenti nelle strutture, più investimenti nella formazione, più investimenti nella ricerca. La richiesta prevalente

(75%) è rivolta in maggiori investimenti in prevenzione. Poi il 41% crede necessario aumentare il numero dei posti letto in terapia intensiva, quindi investimenti in strutture 25% e infine potenziare i servizi di medicina extra-ospedaliera.

► Mmg e burnout

Nel 2020 il *British Medical Journal* (Long L et al. Understanding why primary care doctors leave direct patient care: a systematic review of qualitative research. *BMJ Open* 2020;) e il *Journal of the American Board of Family Medicine* (May 2020; 33 (3): 378-385;) hanno dedicato una review al burnout, che colpisce soprattutto i medici di medicina generale da molto tempo prima dell'arrivo della pandemia che però ne ha enfatizzato gli effetti con richieste di pensionamenti anticipati: Il 30 per cento dei generalisti inglesi, per esempio, ha pensato infatti di abbandonare la professione. Il doversi interfacciare con strutture specialistiche di secondo livello e la perdita di autonomia professionale sono tra i principali fattori del disagio professionale espresso dai medici delle cure primarie.

Di recente una revisione sistematica e una meta-analisi pubblicata da *British Journal of General Practice* (2022 Apr 28; 72 (718): e316-e324) ha esaminato la letteratura esistente sugli studi pubblicati fino a dicembre 2020 volti ad indagare la prevalenza del burnout tra i medici di medicina generale in tutto il mondo. Sessanta sono stati gli studi inclusi in questa revisione che hanno riportato per 22.177 Mmg stime di prevalenza ad ampio raggio (dal 6% al 33%) in diverse dimensioni del burnout.

La scienza impareggiabile. Medicina, medici, malati

Questo il titolo dell'ultimo saggio di Ivan Cavicchi, filosofo della Medicina, docente di Logica e Filosofia della Scienza all'Università di Tor Vergata di Roma, in cui analizza fratture e contraddizioni tra il complesso sistema di regole e principi della scienza Medica e la realtà del malato

// Ripensare la 'Ragione Medica' sul piano filosofico significa ricostruire un pensiero per la Medicina al fine di aiutarla a ripensarsi, quindi a ritrovare la sintonia perduta tra Medicina e società". Questa la frase che ritroviamo nella quarta di copertina del saggio di **Ivan Cavicchi**, filosofo della Medicina, docente di Logica e Filosofia della Scienza all'Università di Tor Vergata di Roma, "La scienza impareggiabile. Medicina, medici, malati" Castelvechi Editore, che ben sintetizza il 'senso' del saggio, cioè quello di analizzare le fratture e le contraddizioni tra il complesso sistema di regole e principi della scienza medica e la realtà del malato. Non a caso nella prefazione del presidente della FNOMCeO Filippo Anelli, il saggio è definito come un 'libro di svolta', un valore aggiunto, non solo perché "viene ricostruito l'impianto concettuale della Medicina nella sua interezza e correlata complessità (...)" ma anche "per l'analisi della crisi della Medicina e delle sue dinamiche che va oltre i luoghi comuni giungendo a una diagnosi realistica ed estremamente utile per la professione, per le istituzioni ordinistiche, per gli operatoris sanitari e per gli attori del sistema". "Se è stato storicamente e politi-

camente giusto riformare anni fa il sistema sanitario - sostiene Ivan Cavicchi -, è stato un grave errore non riconsiderare allo stesso tempo anche tutti i "moduli" interni della medicina ippocratica-positivista. Analizzando le fratture e le contraddizioni tra il complesso sistema di regole e principi della scienza medica e la realtà del malato, Cavicchi suggerisce così una proposta di rinnovamento: non saranno più i cittadini a doversi adeguare alle difficoltà della medicina, ma andrà chiesto alle università, alle società scientifiche e agli ordini professionali di adattare il vecchio impianto concettuale ai cambiamenti del nostro tempo. Solo a quel punto la medicina potrà definirsi una scienza impareggiabile: in virtù della sua natura estesa, eterogenea, multiforme, e diventando una "medicina della scelta", potrà definire nuovi modi di operare dai quali ripartire per far recuperare ai cittadini la fiducia perduta.

Il saggio di Cavicchi è stato di recente oggetto di un dibattito a Roma, organizzato con il contributo non condizionato di Boiron. "Il problema principale della medicina - ha affermato Cavicchi durante l'evento - è che oggi il suo apparato concettuale, le sue classi e le sue

metodologie non coincidono più con la complessità sociale. La medicina scientifica e sperimentale è rimasta ferma, mentre tutto il resto è cambiato: il paziente, la complessità della malattia, l'idea di natura, di legge. Tutte queste cose hanno disorientato la Medicina, per cui bisogna trovare il modo affinché combaci nuovamente con la società. Da questi bias nascono i principali problemi, che sono problemi di fiducia, prima di tutto, da parte della società nei confronti della Medicina".



AGGIORNAMENTI



■ ARITMOLOGIA

Screening per la fibrillazione atriale in Medicina Generale

■ EPATOLOGIA

Steatosi epatica, fattore indipendente di rischio CV

■ GASTROENTEROLOGIA

Linee guida pratiche per la sindrome dell'intestino irritabile

■ MALATTIE RESPIRATORIE

Asma: dal controllo alla "remissione" di malattia

■ MEDICINA AMBIENTALE

Riscaldamento globale aumenterà le epidemie virali?

■ NEUROLOGIA

Sclerosi multipla: approvato farmaco autosomministrabile

■ ARITMOLOGIA

Screening per la fibrillazione atriale in Medicina Generale

Nel contesto delle cure primarie lo screening per la fibrillazione atriale potrebbe rivelarsi utile nei pazienti di età pari o superiore a 85 anni. Lo studio VITAL-AF è stato progettato con l'obiettivo di valutare se l'uso di un tale intervento con ECG palmare a una derivazione in assistenza primaria potrebbe migliorare i tassi di diagnosi e la prescrizione di terapia adeguata.

"I risultati del nostro studio segnalano che gli ECG palmari a una derivazione generano informazioni che sono utilizzabili per il medico, anche se la percentuale di casi di FA rilevati utilizzando un approccio di screening ECG point-of-care è probabilmente ridotta. Per questo, pensiamo che i dispositivi portatili siano meglio utilizzabili per le persone a più alto rischio di FA e ictus, e che l'età è un eccellente surrogato per tale determinazione" - ha affermato il ricercatore principale dello studio Steven Lubitz.

► Lo studio

Nello studio, condotto in 16 ambulatori di Primary Care, sono stati arruolati 30.715 pazienti di età ≥ 65 anni con caratteristiche ben bilanciate, sottoposti a randomizzazione a cluster in un rapporto 1:1 allo screening per FA utilizzando un dispositivo ECG a derivazione singo-

la durante le valutazioni dei segni vitali o nelle visite di routine. End point primario: nuove diagnosi di fibrillazione atriale durante un periodo di screening di 1 anno.

► Risultati

Dopo l'analisi a 1 anno, i risultati hanno indicato che nell'1,72% degli soggetti nel gruppo di screening è stata diagnosticata una FA vs l'1,59% del gruppo di controllo. Nelle analisi di sottogruppo, i risultati hanno suggerito che l'approccio di screening potrebbe essere più efficace nei pazienti di età ≥ 85 anni, con tassi di diagnosi del 5,56% nel gruppo di screening e del 3,76% nel gruppo di controllo. I ricercatori hanno anche sottolineato che la differenza nella FA di nuova diagnosi tra il periodo di screening e l'anno precedente era marginalmente maggiore nel gruppo di screening vs controllo (0,32% vs -0,12%, rispettivamente). La percentuale di individui con FA di nuova diagnosi che sono stati iniziati alla terapia con anticoagulanti orali non era diversa tra i due bracci (73,5% vs 70,8%, rispettivamente).

► Ruolo della medicina generale

Le linee guida ESC 2020 raccomandano lo screening opportunistico della FA attraverso la palpazione del polso o la registrazione di una striscia di un'unica derivazione

ECG in tutte le persone di età ≥ 65 anni, con la successiva esecuzione di ECG completo in caso di riscontro di polso aritmico. Su questo input un team di lavoro italiano ha recentemente elaborato la proposta di un gruppo di lavoro multidisciplinare sul percorso clinico decisionale nel paziente anziano fragile con FA. A tale proposito, si legge nel documento, "è fondamentale il ruolo del Mmg che, in un'ottica di medicina di iniziativa, dovrebbe valutare il polso ogni volta che misura la PA di un assistito. Nel caso il medico o il paziente utilizzino apparecchi automatici per la misurazione, questi dovrebbero essere dotati di algoritmo validato in grado di segnalare una possibile FA. In alternativa agli apparecchi di misurazione elettronica della fibrillazione atriale, lo screening della FA silente può essere oggi attuato attraverso nuove tecnologie gestite dal medico o direttamente dal paziente (smart phone, smart watch, ecc.). Negli ultra75enni e nei soggetti ad alto rischio di ictus, può essere considerato uno screening ECG sistematico".

BIBLIOGRAFIA

- Lubitz SA et al. Screening for atrial fibrillation in older adults at primary care visits: VITAL-AF randomized controlled trial. *Circulation* 2022; 145(13): 946-954.
- Marchionni N et al. Percorso clinico decisionale nel paziente anziano fragile con fibrillazione atriale: la proposta di un gruppo di lavoro multidisciplinare. *G Ital Cardiol* 2021; 22 (2 Suppl. 1): e3-e27;

■ EPATOLOGIA

Steatosi epatica, fattore indipendente di rischio CV

La steatosi epatica non alcolica (NAFLD) è un fattore di rischio indipendente per malattia cardiovascolare aterosclerotica (ASCVD) sempre più comune, sottodiagnosticato e sottovalutato. È quanto afferma l'American Heart Association nella prima dichiarazione scientifica sulla NAFLD e l'associazione con le malattie CV. I tassi di NAFLD, così come obesità e sindrome metabolica sono in aumento, con il 25% degli adulti in tutto il mondo che si ritiene ne siano colpiti.

È importante riconoscere tale condizione per impostare un trattamento precoce, poiché è un fattore di rischio per danni epatici cronici e malattie cardiovascolari e, in effetti, l'ASCVD è la principale causa di morte in questi pazienti. La NAFLD si verifica in associazione con insulino-resistenza (con o senza diabete), obesità (in particolare adiposità viscerale), sindrome metabolica e dislipidemia. I fattori genetici (monogenici o poligenici) modulano il rischio di sviluppo di NAFLD e di progressione verso la NASH. Molti fattori di rischio per NAFLD sono anche fattori di rischio per ASCVD, e quando si valuta il rischio ASCVD, la steatosi epatica non alcolica va considerata un "potenziatore di rischio".

Lo statement fornisce una panora-

ma dei fattori di rischio sottostanti alla patologia, i link con ASCVD, strategie diagnostiche e di screening e potenziali interventi.

► Fattore di rischio occulto

La scarsa disponibilità di test maneggevoli e sicuri è una criticità. Infatti a meno che non vengano eseguiti test specifici, la NAFLD in genere rimane silente fino a quando non si verifica un danno epatico avanzato e potenzialmente irreversibile.

A causa della scarsa sensibilità e specificità ALT e AST potrebbero non essere utili per la diagnosi sia della NAFLD sia della steatoepatite non alcolica (NASH).

Poiché è difficile identificare quali pazienti avranno progressione della malattia (cirrosi o carcinoma epatocellulare), gli studi di imaging (FibroScan), possibilmente in combinazione con la biopsia epatica, sono essenziali per monitorare la gravità e la progressione. L'ecografia epatica di routine è utile se mostra steatosi epatica, ma non può quantificare l'entità della steatosi o escludere la steatosi epatica.

► Stile di vita

L'intervento sullo stile di vita (modifica della dieta, aumento dell'attività fisica, perdita di peso, astensione dall'alcol) è "l'intervento te-

rapeutico chiave". In molti pazienti, la perdita dal 5% al 10% del peso corporeo può invertire la steatosi epatica e stabilizzare o diminuire la NASH. Ulteriori obiettivi del trattamento includono una migliore sensibilità all'insulina, una ridotta iperglicemia e la normalizzazione dei trigliceridi.

Le terapie farmacologiche includono agonisti del recettore del peptide 1 simile al glucagone, che possono "modestamente" migliorare la NAFLD, in associazione con interventi per normalizzare la glicemia, perdita di peso. Attualmente sono in fase di sviluppo nuove terapie farmacologiche sperimentali che mirano a varie fasi della patogenesi della NAFLD, ma la maggior parte ha un'efficacia modesta e la tossicità è un fattore limitante per alcuni agenti.

"Si spera che con una maggiore consapevolezza della NAFLD, un migliore accesso a strumenti di imaging affidabili per lo screening e il monitoraggio e strumenti comprovati per il trattamento, la crescita epidemiologica di NASH e malattie epatiche più avanzate possa essere invertita e gli esiti avversi per malattia cardiovascolare aterosclerotica prevenuti", commentano gli autori della dichiarazione scientifica.

BIBLIOGRAFIA

- Duell PB, et al. Nonalcoholic fatty liver disease and cardiovascular risk: a Scientific Statement from the American Heart Association. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2022; 14:101161ATV00000000000000153.

■ GASTROENTEROLOGIA

Linee guida pratiche per la sindrome dell'intestino irritabile

L'American Gastroenterological Association (AGA) ha pubblicato un utile aggiornamento di pratica clinica sul ruolo della dieta nella sindrome dell'intestino irritabile (IBS).

L'IBS è un disturbo dell'interazione intestino-cervello, caratterizzato da alterata motilità gastrointestinale (GI), sensazione viscerale, permeabilità intestinale e attivazione immunitaria della mucosa. Le attuali strategie terapeutiche sono efficaci meno della metà dei pazienti e il guadagno terapeutico è solo del 7-15% rispetto al placebo. La maggior parte dei pazienti (>80%) con IBS associano i loro sintomi di dolore addominale, gonfiore e abitudini intestinali alterate con il consumo di cibo: gli alimenti colpevoli più comuni sono i carboidrati. Prove crescenti suggeriscono che le modifiche dietetiche, come la dieta oligo-, di-, e monosaccaridi e polioli (FODMAP) a bassa fermentazione (LFD), possono essere un intervento efficace per l'IBS.

► Indicazioni pratiche

» Prima di decidere se raccomandare un intervento dietetico ai pazienti, i medici dovrebbero valutare la frequenza con cui il loro paziente consuma alimenti FODMAP. Viene suggerito che le modifiche dietetiche dovrebbero essere raccomandate ai pazienti che hanno una vi-

sione dei sintomi gastrointestinali correlati al pasto e sono motivati ad apportare le modifiche necessarie.

» Gli interventi dietetici dovrebbero essere tentati per un periodo di tempo predeterminato. Se la dieta non produce una risposta clinica nel tempo assegnato, dovrebbe essere abbandonata.

» Attualmente, una LFD è l'intervento dietetico più basato sull'evidenza. La LFD ha 3 fasi: fino a 4-6 settimane di restrizione, da 6 a 10 settimane di reintroduzione di alimenti FODMAP e personalizzazione dietetica basata sulla reazione agli alimenti reintrodotti.

» La fibra solubile è stata associata a un miglioramento dei sintomi globali (da 25 g a 35 g di fibra/die), specialmente tra i pazienti con costipazione.

» Per i pazienti che non consumano molti alimenti colpevoli, sono insicuri dal punto di vista alimentare, a rischio di malnutrizione, hanno un disturbo alimentare o hanno un disturbo psichiatrico incontrollato, il comitato raccomanda che siano sottoposti a screening per un disturbo alimentare e per la malnutrizione. Per lo screening di un disturbo alimentare, il comitato suggerisce domande pratiche e aperte da porre ai pazienti a rischio, per esempio:

• Hai cambiato la tua dieta di recente? Perché?

- Quali sensazioni provi quando guardi il cibo?
- Sei o qualcun altro è interessato alla tua perdita di peso?
- Quanto spesso e per quanto tempo ti alleni?
- Quanto spesso mangi fino al punto di sentirti male?
- Usi lassativi anche quando non sei stitico?

► Conclusioni

I medici dovrebbero essere consapevoli del fatto che, sebbene gli studi osservazionali abbiano scoperto che i pazienti con IBS riportano un miglioramento dei sintomi dopo il passaggio a una dieta priva di glutine, studi clinici randomizzati hanno trovato risultati contrastanti. Complessivamente, c'è una mancanza di prove forti a sostegno dell'efficacia di una dieta priva di glutine per il trattamento della sintomatologia IBS. Allo stesso modo, rimangono prove limitate su biomarcatori che predicono la risposta del paziente agli interventi dietetici. Sono necessarie ulteriori ricerche sugli interventi dietetici nell'IBS. Gli autori hanno concluso: "La dieta ha assunto un ruolo sempre più importante nella nostra comprensione e trattamento dell'IBS. Identificare i pazienti appropriati per i trattamenti dietetici, in particolare le diete di eliminazione, è un primo passo importante. Collaborare con un nutrizionista esperto per fornire cure integrate e multidisciplinari è essenziale per la gestione di successo dei sintomi dell'IBS".

BIBLIOGRAFIA

- Chey WD et al. AGA Clinical Practice Update on the role of diet in Irritable Bowel Syndrome: Expert Review. *Gastroenterology* 2022; 162(6): 1737-1745.e5.

■ MALATTIE RESPIRATORIE

Asma: dal controllo alla “remissione” di malattia

La gestione del paziente con asma presenta non poche sfide per il clinico; *in primis* il successo di qualunque terapia non può prescindere dalla corretta aderenza terapeutica. “Una altra criticità sempre più oggetto di attenzione da parte della comunità scientifica è l’abuso dei corticosteroidi per via orale (OCS). Le linee guida internazionali mettono in guardia sull’uso, sia a lungo termine che intermittente, di questa classe di farmaci per gli effetti collaterali associati (ansia e depressione, diabete, osteoporosi, cataratta, malattie CV, insufficienza surrenalica). Si è anche osservato che un loro sovra-utilizzo in pazienti con asma grave può associarsi a un incremento di mortalità” - spiega a **M.D. Giorgio Walter Canonica**, Professore di Medicina Respiratoria, Humanitas University; Responsabile Centro Medicina Personalizzata: Asma e Allergologia, Humanitas Research Hospital, Rozzano (MI), International Advocate GINA (Global Initiative for Asthma). “Non vi è alcun motivo per usare così di frequente gli OCS senza aver prima esplorato tutte le alternative oggi disponibili per la gran parte dei tipi di asma grave. La disponibilità di anticorpi monoclonali

li offre oggi per l’asma l’opportunità di un cambio di paradigma e di una rivalutazione dell’obiettivo ultimo del trattamento, passando dal concetto di ‘controllo’ a quello di ‘remissione’ clinica di malattia (assenza prolungata di sintomi e di riacutizzazioni, stabilizzazione della funzione polmonare e nessun bisogno di corticosteroidi sistemici)”.

► Trattamento dell’infiammazione

“Le ultime indicazioni dei documenti internazionali di indirizzo per il trattamento dell’asma hanno al centro il trattamento dell’infiammazione, coadiuvato dalla riduzione sintomatologica. La combinazione corticosteroidi inalatori (ICS) e broncodilatatori beta2-agonisti a breve durata d’azione (SABA) in una unica somministrazione rappresenta il cardine del trattamento dell’asma moderato-grave di mantenimento e dell’utilizzo al bisogno - illustra **Paola Rogliani**, Ordinario di Malattie dell’Apparato Respiratorio, Università di Roma Tor Vergata; Direttore UOC Malattie Apparato Respiratorio, Fondazione Policlinico Tor Vergata. “Studi recenti hanno evidenziato che l’utilizzo di SABA al bisogno non è il trattamento da indicare ai pazienti - an-

che in quelli con sintomi intermittenti o poco frequenti - dal momento che non agiscono sull’infiammazione delle vie aeree e che il loro sovra-utilizzo indica uno scarso controllo di malattia e aumenta il rischio di riacutizzazioni. Inoltre un suo abuso è gravato da effetti collaterali associati e da un incremento di mortalità. La Global Initiative for Asthma raccomanda il cosiddetto approccio SMART/MART, in cui la combinazione ICS-formoterolo è impiegata sia come terapia al mantenimento che al bisogno (con posologie diverse), rispetto all’alternativa con ICS-LABA come terapia di mantenimento+SABA al bisogno” - conclude Rogliani.

BIBLIOGRAFIA

- Global Initiative for Asthma - Difficult-to-Treat & Severe Asthma Guide 2021. <https://ginasthma.org/report>
- *World Allergy Organ J* 2020; 13(10): 100464.
- *Eur Respir J* 2019; 54(5): 1900804.
- *J Allergy Clin Immunol* 2020; 145(3): 757-765 2.
- *Lancet* 2022; 399(10335): P1664-1668 3.
- *Lancet Respir Med* 2022; 10(1): 47-5.
- *JAMA Netw Open* 2022; 5(3): e220615.
- *Respir Med* 2021; 188: 10661



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Giorgio Walter Canonica e Paola Rogliani

■ MEDICINA AMBIENTALE

Riscaldamento globale aumenterà le epidemie virali?

I prossimi decenni non saranno solo più caldi, ma più malati. Dai pipistrelli a molte altre specie di mammiferi, fino agli uccelli: sono moltissime le specie note per essere portatrici di virus e che, sulla spinta dei cambiamenti climatici, potrebbero spingersi a occupare aree diverse da quelle in cui vivono abitualmente, entrando in questo modo a contatto con altre specie portatrici di altri virus. Nei prossimi 50 anni, il cambiamento climatico potrebbe infatti portare a oltre 15.000 nuovi casi di mammiferi che trasmettono virus ad altri mammiferi, secondo uno studio pubblicato su *Nature*.

Molti ricercatori hanno affermato che la pandemia di Covid-19 probabilmente è iniziata quando un nuovo coronavirus è passato zoonoticamente, dall'animale selvatico all'uomo. Un aumento previsto di virus che saltano tra le specie potrebbe innescare più epidemie, ponendo una seria minaccia per la salute umana e animale allo stesso modo, avverte lo studio, fornendo una ragione in più a governi e organizzazioni sanitarie per investire nella sorveglianza degli agenti patogeni e migliorare le infrastrutture sanitarie.

La ricerca prevede che gran parte della nuova trasmissione del virus avverrà quando le specie si spo-

steranno insieme in luoghi più freddi per l'aumento delle temperature. Si ipotizza che ciò si verificherà in ecosistemi ricchi di specie ad altitudini elevate, in particolare nelle aree dell'Africa e dell'Asia che sono densamente popolate da esseri umani, tra cui il Sahel, l'India e l'Indonesia. Supponendo che il pianeta si riscaldi non più di 2° C al di sopra delle temperature preindustriali di questo secolo, il numero di incontri per la prima volta tra le specie raddoppierà entro il 2070, creando hotspot di trasmissione del virus.

► Sfide della modellazione

Per fare le loro previsioni, Albery e colleghi hanno sviluppato e testato modelli e hanno eseguito simulazioni per un periodo di cinque anni. Hanno combinato modelli di trasmissione del virus e distribuzione delle specie in vari scenari di cambiamento climatico, concentrandosi sui mammiferi a causa della loro rilevanza per la salute umana. Il team ha costruito il modello di distribuzione delle specie per prevedere dove si muoverebbero i mammiferi per trovare habitat più vivibili mentre il pianeta si riscalda. Il modello di trasmissione del virus prevede la probabilità che un virus salti tra le specie per la prima volta tenendo conto di

dove le specie potrebbero incontrarsi man mano che i loro habitat si spostano e di quanto siano strettamente correlati evolutivamente (i virus hanno maggiori probabilità di trasmettere tra specie correlate).

► Ricadute sugli esseri umani?

Sebbene Kate Jones, che modella le interazioni tra ecosistemi e salute umana presso l'University College di Londra, appaia lo studio, invita alla cautela quando discute le sue implicazioni per la salute umana. "Prevedere il rischio di salti virali dai mammiferi agli esseri umani è più complicato, poiché queste ricadute avvengono in un complesso ambiente ecologico e socio-economico umano - afferma. Molti fattori potrebbero ridurre il rischio per la salute umana, tra cui un aumento degli investimenti nell'assistenza sanitaria o un virus sorprendentemente incapace di infettare gli esseri umani". Ma i ricercatori esortano che non c'è tempo da perdere. La Terra si è già riscaldata di oltre 1° C al di sopra delle temperature preindustriali, e questo sta guidando la migrazione delle specie e lo scambio di malattie.

BIBLIOGRAFIA

- Carlson CJ et al. Climate change increases cross-species viral transmission risk. *Nature* 2022.
- Gilbert N. Climate change will force new animal encounters - and boost viral outbreaks. *Nature* 2022 May; 605(7908): 20.

■ NEUROLOGIA

Sclerosi multipla: approvato farmaco autosomministrabile

Il goal terapeutico per la sclerosi multipla (SM) è rallentare la progressione di malattia, ritardando la disabilità a vantaggio di una maggiore autonomia e di una migliore qualità di vita dei pazienti. Negli ultimi anni sono stati fatti importanti progressi nell'ambito della ricerca sulla SM: nuovi strumenti diagnostici che permettono di porre diagnosi sempre più precoci, tecnologia (RM ed esami di laboratorio) che consentono di stratificare il rischio di progressione oltre ai fattori prognostici che forniscono la possibilità di personalizzare i trattamenti. Il percorso di ogni paziente è dunque unico e ci sono molte opzioni di trattamento per le persone che vivono con forme recidivanti remittenti di sclerosi multipla (SMRR). Tuttavia, quando si sceglie un trattamento ad alta efficacia fin dall'inizio della malattia, le scelte sono limitate a causa della necessità di ottimizzare l'equilibrio tra efficacia, sicurezza e facilità di somministrazione.

Delle persone con SM, l'85% viene inizialmente diagnosticato con SMRR, caratterizzata da episodi chiaramente definiti di recidive e remissione (periodi di recupero parziale o completo). Poiché la manifestazione della patologia varia da paziente a paziente, la frequen-

za, la gravità e l'impatto duraturo dei nuovi sintomi da recidive possono variare. La progressione sottostante può verificarsi anche se non ci sono segni di una ricaduta. Una buona notizia è che Aifa ha dato il via libera alla rimborsabilità di ofatumumab (Novartis), una terapia mirata ai linfociti B che offre un'alta efficacia con un profilo di sicurezza favorevole per adulti con sclerosi multipla recidivante remittente. Grazie alla penna autoiniettivabile, il farmaco potrà essere autosomministrato una volta al mese direttamente a casa.

► Commento

"Ofatumumab (un anticorpo monoclonale - mAb- anti-CD20) ha dimostrato di avere un'alta efficacia clinica con un buon profilo di sicurezza osservato negli studi di fase 3, sovrapponibile a farmaci di prima linea. Anche il meccanismo d'azione è molto specifico" - spiega la Prof.ssa **Maria Trojano**, Ordinario di Neurologia, Università degli Studi "Aldo Moro" di Bari e Direttore UOC Neurologia e Neurofisiopatologia AUO Policlinico Bari. Il farmaco, legandosi alla proteina CD20 presente sulla superficie dei linfociti B, induce una potente lisi. I linfociti B sono coinvolti nel processo di attacco e danneggiamento della mielina, ofatumumab col-

pendo e rimuovendo i linfociti B riduce la possibilità di avere una ricaduta, allevia i sintomi e rallenta la progressione della malattia. "Un ulteriore vantaggio è la sua flessibilità: facile da iniziare e gestire, con un'iniezione sottocutanea mensile che può essere auto-somministrata a casa utilizzando una penna autoiniettivabile". La somministrazione sottocutanea determina una deplezione rapida e sostenuta dei linfociti B durante il periodo di somministrazione.

I due studi gemelli di fase 3, ASCLEPIOS I e II hanno mostrato una riduzione delle ricadute annuali di oltre il 50% rispetto a teriflunomide e una riduzione del rischio relativo di progressione della disabilità confermata a 3 mesi superiore al 30%. Inoltre nell'analisi post hoc quasi 9 pazienti su 10 raggiungono lo stato di non evidenza di attività della malattia nel loro secondo anno di trattamento. Il profilo di sicurezza è simile a teriflunomide, a oggi uno dei trattamenti di prima linea per la SM.

BIBLIOGRAFIA

- *N Engl J Med* 2020; 383(6): 546-57.
- *Neurologia* 2018; 90(20): e1805-14.
- Poster ACTRIMS Forum; 2020; West Palm Beach, FL.
- *Eur J Neurol* 2020; 27(1): 261-63.



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

Approccio metodologico alla dispnea

Dalla fisiopatologia clinica alla diagnosi

La dispnea è una delle cause più frequenti di ricorso al medico di medicina generale e/o di continuità assistenziale oltre allo specialista ospedaliero, in virtù dell'elevato numero di patologie cui questo sintomo si associa. Si tratta di un sintomo e come tale suscettibile di interpretazione soggettiva sia da parte del paziente che lo riferisce che del medico che è chiamato a valutarlo

a cura di: **Pasquale De Luca**¹

con la collaborazione di: **Antonio De Luca**¹, **Vito Sollazzo**¹, **Marco Sperandeo**², **Giuseppe Di Pumo**³, **Paride Morlino**¹, **Angelo Benvenuto**¹

► Introduzione

La dispnea, spesso nota come mancanza di respiro o affanno, è un sintomo comune e spesso doloroso riportato dai pazienti. Poiché è un sintomo e non un segno, il paziente la sperimenta soggettivamente. La dispnea varia notevolmente tra individui esposti agli stessi stimoli o con patologie simili. Questa esperienza differenziale della condizione deriva dalle interazioni tra molteplici fattori fisiologici, psicologici, sociali e ambientali che inducono risposte fisiologiche e comportamentali secondarie.

Nella valutazione e nella gestione di un paziente con affanno, è essenziale una comprensione completa della fisiopatologia della dispnea. Un approccio clinico strutturato basato su un'anamnesi e un esame clinico approfonditi è la chiave per fare la diagnosi corretta. Indagini speciali svolgono ruoli secondari e supplementari nella diagnosi; sono guidati dall'anamnesi e dall'esame e possono essere utili per confermare il sospetto clinico del medico.

► Definizione

La dispnea è la spiacevole consapevolezza dei propri atti respiratori, avvertita come sensazione di "respiro faticoso" o di "fame d'aria". La dispnea deve essere indagata accuratamente sin dal momento della raccolta anamnestica: la comparsa in clinostatismo è indicativa di un danno organico polmonare, mentre la presenza di dispnea dopo un impegno psicofisico importante deve far propendere per una forma funzionale. Se si verifica solo durante uno sforzo (anche modesto) si parla di dispnea da sforzo: nella progressione di molte malattie la dispnea da sforzo precede di un tempo variabile (anche anni) quella a riposo. La dispnea può essere acuta o cronica. Quella acuta, che insorge nel giro di minuti, ore o giorni spesso riflette un problema acuto cardiaco o polmonare che richiede valutazione e terapia urgente. Quella cronica presenta più spesso maggiori difficoltà diagnostiche.

La dispnea è un sintomo normale di uno sforzo intenso, ma può essere patologica se si manifesta in situazioni impreviste. La sua gestione in genere dipende dalla causa sottostante. Le cause della dispnea sono molteplici e comprendono uno spettro di disturbi, da entità benigne a gravi e

pericolose per la vita.

Esse includono:

- l'insufficienza respiratoria associata a sindrome ostruttiva come asma bronchiale, BPCO, polmoniti, ostruzione laringea da difterite, edema della glottide, tumore endobronchiale;
- l'insufficienza respiratoria associata a sindrome restrittiva come interstiziopatie, deformità toraciche (cifoscoliosi, pectus excavatum, toracoplastiche), fibrosi polmonari, fibrotoraci pleurogeni;
- l'embolia polmonare;
- pneumotorace;
- l'insufficienza cardiaca, in cui la dispnea da sforzo è una manifestazione precoce dovuta alle ripercussioni della stasi del piccolo circolo; distinguiamo varie forme di dispnea pertinente all'apparato cardiovascolare: l'ortopnea cioè la comparsa di dispnea in clinostatismo con miglioramento della sensazione di fame d'aria quando il paziente assume la posizione ortostatica (il clinostatismo infatti condiziona un maggiore afflusso di sangue a livello del piccolo circolo che, a causa dell'insufficienza cardiaca, rende più difficili gli scambi gassosi), la dispnea parossistica notturna che è un sintomo precoce di edema polmonare acuto per cui l'ammalato si sveglia durante le ore notturne sudato e dispnoico e trae sol-

¹Dipartimento Internistico Multidisciplinare Ospedale "T. Masselli-Mascia" San Severo (FG)

²Dipartimento di Scienze Mediche IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" S. Giovanni Rotondo (FG)

³Dipartimento di Emergenza-Urgenza IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" S. Giovanni Rotondo (FG)

lievo solo alzandosi dal letto e mettendosi in posizione seduta (si manifesta nell'insufficienza ventricolare sinistra, ma anche nel polmone da stasi della stenosi mitralica), l'asma cardiaco che è una particolare condizione patologica caratterizzata dalla imbibizione degli interstizi e che si manifesta clinicamente con una espirazione sibilante tale da simulare una crisi di asma bronchiale, l'edema polmonare acuto che è la massima espressione di dispnea parossistica del paziente cardiopatico scompensato (preannunziato da tosse stizzosa, si manifesta con una progressiva, ingravescente dispnea accompagnata da emissione di espettorato schiumoso roseo o, raramente, emorragico);

- disordini sistemici o metabolici come le anemie gravi (in cui la bassa concentrazione di emoglobina circolante non consente un adeguato trasporto di ossigeno), l'obesità, l'ipertiroidismo, l'acidosi metabolica;
- alcune patologie neuromuscolari, in cui la dispnea si osserva per compromissione dei centri e delle vie nervose destinate ai muscoli respiratori (polmiosite, paralisi ascendente di Landry, polineuriti) oppure dei muscoli respiratori stessi (miopatie croniche, sclerosi laterale amiotrofica, miastenia pseudoparalitica) e nel tetano (anche la rigidità della parete toracica in corso di sclerodermia o di fratture costali multiple può essere causa di dispnea);
- disturbi psicogeni;
- condizioni fisiologiche quali gravidanza, sforzo, altitudine.

► Fisiopatologia

La dispnea è un sintomo complesso che deriva da un deterioramento fisiologico, principalmente come risultato di una compromissione del sistema cardiovascolare o respiratorio, ma può anche essere attribuito a squilibri metabolici, disturbi neuromuscolari o condizioni psicogene. Un'interessante teoria è che la dispnea derivi da una dis-

sociazione o da una mancata corrispondenza tra l'attività motoria respiratoria centrale e le informazioni afferenti in entrata dai recettori nelle vie aeree, nei polmoni e nelle strutture della parete toracica. Il feedback afferente dai recettori sensoriali periferici può consentire al cervello di valutare l'efficacia dei comandi motori impartiti ai muscoli ventilatori, ovvero l'adeguatezza della risposta in termini di flusso e volume per il comando. Quando i cambiamenti nella pressione respiratoria, nel flusso d'aria o nel movimento dei polmoni e della parete toracica non sono appropriati per il comando motorio in uscita, l'intensità della dispnea aumenta. In altre parole, una dissociazione tra il comando motorio e la risposta meccanica dell'apparato respiratorio può produrre una sensazione di disagio respiratorio. Questo meccanismo è stato introdotto per la prima volta da Campbell e Howell negli anni '60 con la cosiddetta teoria di "inappropriatezza lunghezza-tensione". La teoria è stata generalizzata per includere non solo le informazioni che sorgono nei muscoli ventilatori, ma le informazioni emanate dai recettori in tutto il sistema respiratorio ed è stata definita "neuro-meccanica" o "dissociazione efferente-reafferente".

La sensazione di dispnea sembra dunque originarsi con l'attivazione dei sistemi sensoriali coinvolti nella respirazione. La dissociazione tra ventilazione polmonare e pulsione respiratoria deriva da una mancata corrispondenza tra i recettori afferenti nelle vie aeree, nei polmoni e nelle strutture della parete toracica e nell'attività motoria respiratoria centrale. Le vie fisiologiche portano alla mancanza di respiro attraverso specifici canali ionici, meccanocettori e recettori polmonari situati in diverse zone dell'apparato respiratorio. I segnali efferenti sono i segnali dei motoneuroni che scendono ai muscoli respiratori, il più importante è il diaframma.

Tre componenti principali contribuiscono alla dispnea: segnali afferenti, segnali efferenti ed elaborazione centrale delle informazioni. L'elaborazione centrale nel cervello confronta i segnali afferenti ed efferenti e la dispnea risulta quando si verifica una discrepanza tra i due, ad esempio quando la necessità di ventilazione (segnalazione afferente) non viene soddisfatta dalla respirazione fisica (segnalazione efferente).

► Metodologia di valutazione clinica e strumentale

La valutazione clinica e l'approccio alla gestione della dispnea sono diretti dalla presentazione clinica e dalla causa sottostante. Un paziente che si presenta con dispnea spesso lamenta difficoltà respiratorie o fastidio al torace e può presentarsi al proprio medico di famiglia, oppure rivolgersi ad uno specialista o al pronto soccorso. Nella valutazione/triage iniziale è fondamentale stabilire il grado di urgenza determinando la durata della dispnea, la gravità dei sintomi e se la condizione è acuta o cronica. È fondamentale rilevare i segnali di pericolo che richiedono attenzione immediata, poiché il paziente potrebbe avere una causa pericolosa per la vita di dispnea. Queste "bandiere rosse" includono l'ipotensione, un'alterata frequenza respiratoria, uno stato mentale alterato, ipossia, cianosi, stridore, sforzo respiratorio senza movimento d'aria, retrazioni della parete toracica, deviazione tracheale e suoni respiratori unilaterali (pneumotorace sottostante) e un'aritmia instabile.

Un'anamnesi completa dovrebbe evidenziare eventuali comorbidità e sintomi cardiaci e polmonari coesistenti, poiché i sistemi cardiaci e polmonari costituiscono le cause più comuni di dispnea. Inoltre, l'anamnesi dovrebbe determinare il carattere, l'esordio, la durata, le associazioni, la gravità, la relazione con lo sforzo ed eventuali fat-

tori esacerbanti/allevianti.

Anamnesi ed esame obiettivo sono quindi fondamentali perché spesso possono dare un buon orientamento se non la diagnosi (storia di emoftoe, soffio cardiaco, dita ippocratiche, presenza di flebite, pallore, obesità, fischi, edemi declivi, rantoli a piccole bolle, ecc). Il decubito in particolare dà altre preziose indicazioni. Quello più frequente in clinica è l'ortopnea (v. infra); nella pericardite si può avere il tronco piegato in avanti o addirittura nei casi estremi la posizione di preghiera maomettana. Nei bambini con cardiopatia congenita sono frequenti le crisi di accovacciamento (squatting): il bambino sta correndo ed improvvisamente si deve accovacciare per qualche minuto.

Per determinare la gravità della dispnea, si dovrebbe osservare attentamente lo sforzo respiratorio, l'uso dei muscoli accessori, lo stato mentale e la capacità di parlare. Il polso paradossale può esistere nella BPCO, nell'asma, nel tamponamento cardiaco o nella costrizione pericardica. Lo stridore indica ostruzione delle vie aeree superiori. Gli arti inferiori devono essere ispezionati per l'edema e qualsiasi segno indicativo di trombo-si venosa profonda e le dita esaminate per la presenza di cianosi. La distensione delle vene del collo può implicare il cuore polmonare causato da BPCO grave, insufficienza cardiaca o tamponamento cardiaco.

Va sempre eseguita l'auscultazione cardiaca e polmonare: infatti, il respiro sibilante è solitamente compatibile con una malattia polmonare ostruttiva, ma può essere causato da edema polmonare o embolia polmonare; i rantoli sono presenti nell'edema polmonare, nella polmonite o nella patologia polmonare restrittiva; un polso rapido o irregolare può indicare un'aritmia; un ritmo di galoppo suggerisce una disfunzione sistolica

del ventricolo sinistro, mentre i soffi possono essere un segno indiretto di insufficienza cardiaca o di una cardiopatia valvolare e i toni cardiaci a distanza possono indicare un tamponamento cardiaco.

L'inquadramento completo della dispnea quasi sempre richiede esami di laboratorio e/o strumentali. Gli esami di primo livello da prendere in considerazione specie in caso di dispnea acuta sono ECG, Rx/TC del torace, ecocardiogramma, emogasanalisi, emocromo e sierologia standard, D-dimero, BNP (peptide natriuretico B). Le indagini di secondo livello, decise di volta in volta in base al sospetto diagnostico e più appropriate in caso di dispnea cronica, comprendono invece spirometria, scintigrafia polmonare, test da sforzo, broncoscopia, laringoscopia, pH-metria esofagea, esami sull'escreato, funzionalità tiroidea.

La diagnosi di dispnea psicogena è una diagnosi di esclusione, che andrà posta se tutte le ricerche per comprendere la causa della dispnea sono negative.

► Conclusioni

Storicamente, la valutazione della dispnea nei pazienti ha enfatizzato la ricerca della fisiopatologia corrispondente. Nella maggior parte dei casi, il problema principale sono le anoma-

lie cardiache, polmonari o neuromuscolari, che possono essere identificate in gran parte dall'anamnesi e dall'esame obiettivo. Le sensazioni di respirazione difficile o affannosa che accompagnano la malattia cardiorespiratoria possono variare in termini di qualità e possono avere basi fisiopatologiche diverse. Sono necessarie ulteriori ricerche per definire e chiarire meglio i fattori fisiologici e psicologici alla base della dispnea al fine di garantire un approccio razionale alla gestione di questo disturbo. Una migliore comprensione dei meccanismi, della valutazione e del trattamento della dispnea è quindi necessaria se i medici vogliono migliorare la loro capacità di monitorare e curare i pazienti con dispnea. In un paziente con dispnea, l'obiettivo iniziale dovrebbe essere quello di ottimizzare il trattamento della malattia sottostante e alleviare i sintomi.

Avendo definito la dispnea in modo da comprendere non solo i meccanismi fisiologici ma anche fattori psicologici, sociali e ambientali, proponiamo di ampliare il quadro per la discussione del disagio respiratorio. Nuove strategie per il trattamento della dispnea amplieranno la nostra comprensione dei meccanismi fisiopatologici, che, a loro volta, porteranno al perfezionamento degli approcci terapeutici.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- De Luca P. *Essentials di Medicina Interna. Principi e Pratica Clinica*. Società Editrice Universo 2021; 10-12.
- Gai V. *Medicina d'Urgenza. Pratica e Progresso*. CG Edizioni Medico Scientifiche 2013; 255-263.
- Grifoni S. *Medicina d'Urgenza. Metodologia Clinica*. Piccin 2015; 301-303.
- Kasper DL, Fauci AS et al. Harrison, *Principi di Medicina Interna*. Casa Editrice Ambrosiana 2017; 299-303.
- Pang PS et al. Airway management and assessment of dyspnea in emergency department patients with acute heart failure. *Curr Emerg Hosp Med Resp* 2013; 1: 122-125.
- Parshall MB, Schwartzstein RM et al. An official American Thoracic Society Statement: Update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *Am J Respir Crit Care Med* 2012; 185(4): 435-453.
- Prekker ME, Feemster LC et al. The epidemiology and outcome of prehospital respiratory distress. *Acad Emerg Med* 2014;21(5):543-50.
- Rindi G, Manni E. *Fisiologia Umana*. UTET 2005; 933-950.
- Siegenthaler W. *Strumenti di Medicina Interna. Diagnosi differenziale*. UTET 2010; 494-515.
- Wasserman, K. and R. Cassaburi. 1988. Dyspnea: physiological and pathophysiological mechanisms. *Ann Rev Med* 1988; 39: 503-515.

SGLT2 inibitori in Medicina Generale

“Dalle linee guida alla pratica clinica: l'uso in Medicina Generale degli SGLT2 inibitori nella terapia del paziente diabetico tipo” è la nuova pubblicazione di Simg che offre un'ampia e dettagliata analisi e un dinamico aggiornamento (con pratici consigli d'uso) sugli SGLT2i in Medicina Generale

La prevalenza del DM2 è in costante aumento anche in Italia. I dati dell'Istituto di Ricerca Health Search indicano nel 2020 una prevalenza nella popolazione oltre i 14 anni intorno all'8,1% (con ampia variabilità regionale, in quanto nel Sud d'Italia si arriva a prevalenze fino al 10-12%). Ogni Mmg on 1.500 assistiti può avere in carico fino a 140-150 pazienti diabetici con differenti livelli di complessità clinica e di intensità di cure. È necessario perciò che i Mmg siano informati e aggiornati circa i nuovi farmaci e le linee guida di trattamento poiché molte cose sono cambiate in questi ultimi anni. La recente pubblicazione *“Dalle linee guida alla pratica clinica: l'uso in Medicina Generale degli SGLT2 inibitori nella terapia del paziente diabetico tipo”* di Simg che nasce proprio con l'obiettivo di fornire un'ampia e dettagliata analisi e un aggiornamento (con pratici consigli d'uso) sugli SGLT2 inibitori (SGLT2i o gliflozine), per i quali una mole ormai imponente di studi e una già consolidata pratica clinica hanno permesso di confermare il loro notevole profilo di sicurezza e di efficacia ipoglicemizante, ma soprattutto la capacità di proteggere il paziente diabetico (e non diabetico) dal danno cardiorenale. Quindi molto di più di “semplici” farmaci ipoglicemizanti. “La solidità, l'imponente mole di dati e le prospettive di sviluppo futuro in ambito terapeutico di questa classe di farmaci ci hanno convinto che era necessaria una monografia destinata ai Mmg” - si legge nell'introduzione di **Claudio Cricelli**.

► Ridurre il rischio cardiorenale

È sempre più chiaro l'intreccio fisiopatologico tra l'attività cardiaca e quella renale, tant'è che oggi si parla di “asse cardiorenale” e addirittura di “sindrome cardiorenale” quale punto di partenza dello scompenso cardiaco e della malattia renale cronica e, quindi, dell'insufficienza renale, attraverso meccanismi quali l'infiammazione, l'attivazione del sistema nervoso simpatico, il sistema renina-angiotensina, il bilanciamento tra produzione di ossido nitrico (NO) e di Reactive Oxygen Species (ROS), che giocano un ruolo chiave nell'omeostasi cardiocircolatoria. Di conseguenza c'è stato un adeguamento progressivo delle LG terapeutiche italiane e internazionali, per cui dall'obiettivo “the lower the better” si è passati attraverso obiettivi intermedi, quali il raggiungimento di valori HbA1c personalizzati (per evitare l'ipoglicemia e l'aumento di peso), alle attuali raccomandazioni per ridurre il rischio cardiorenale.

“Ridurre la glicemia e quindi anche l'HbA1c restano obiettivi importanti del trattamento del DM2. Tuttavia, è ancora più importante ridurre gli eventi CV e il danno renale. Da questo punto di vista crediamo sia evidente come gli SGLT2i rappresentino una classe di farmaci innovativa e dalle straordinarie potenzialità perché sono molto di più di “semplici” ipoglicemizanti. Essi, infatti, sia pur con qualche differenza di efficacia per i vari outcome tra i diversi principi attivi in base alle attuali evidenze, riducono contemporaneamente

te il rischio di eventi CV, lo scompenso cardiaco e il danno renale. A tutto ciò si aggiungono importanti effetti extraglicemici, quali il calo di peso e della pressione arteriosa, e il miglioramento della funzione betacellulare. Essi hanno inoltre un bassissimo rischio di ipoglicemia. Per gli effetti protettivi sullo scompenso cardiaco alcuni di questi farmaci sono già stati autorizzati all'uso nei pazienti non diabetici. È opportuno perciò che i Mmg acquisiscano tutte le conoscenze e l'esperienza necessarie per l'uso di questa classe di farmaci nella loro pratica clinica, con il supporto di tutti gli specialisti coinvolti nella gestione del paziente diabetico (diabetologi, cardiologi, nefrologi, internisti)” - è quanto si legge nelle conclusioni di **Gerardo Medea**.

Le molecole attualmente disponibili in Italia sono: canagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin ed ertugliflozin. Canagliflozin è stato il primo SGLT2i approvato dalla FDA, accettato nel marzo 2013. Dapagliflozin ed empagliflozin sono stati accettati nel 2014. Ertugliflozin è l'ultimo accettato nel 2018. Sono già in commercio, inoltre, combinazioni fisse di questi 4 farmaci con metformina 850 o 1000 mg e di 2 SGLT2i con alcuni DPP4i. Sono in fase di immissione in commercio anche triplici combinazioni di dapagliflozin + saxagliptin + metformina.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF **SIMG - Uso in MG degli SGLT2 inibitori nella terapia del DM2**

Manifestazioni atipiche delle sindromi coronariche acute nel diabete

La malattia coronarica è abbastanza diffusa tra i diabetici in tutte le fasce d'età. Le manifestazioni atipiche delle sindromi coronariche acute sono più comuni delle manifestazioni tipiche e quindi richiedono un alto indice di sospetto

La malattia coronarica è abbastanza comune nel diabete mellito. È interessante notare che le manifestazioni atipiche delle sindromi coronariche acute (SCA) sono più comuni delle manifestazioni tipiche e quindi richiedono un alto indice di sospetto. Gli infarti miocardici silenti non sono rari nei diabetici anziani. Le terapie guidate dalle linee guida per raggiungere gli obiettivi di comuni comorbidità come l'ipertensione, la dislipidemia e le politiche zero-tabacco sono fondamentali per evitare le complicanze del DM. Nonostante una gestione ottimale, il rischio di complicanze è maggiore, richiedendo più terapie e sorveglianza. È documentato che l'innesto di bypass coronarico ha esiti a lungo termine migliori rispetto alla rivascularizzazione medica nella malattia coronarica multivasale, in particolare con la stenosi dell'arteria discendente anteriore sinistra prossimale.

Uno studio recente ha dimostrato che i pazienti diabetici presentano più spesso dolori toracici atipici, e quindi hanno maggiori probabilità di sperimentare un ritardo nella diagnosi e nel trattamento. Le presentazioni atipiche e il decorso della malattia sono

Keyword

1. La malattia coronarica è abbastanza comune tra i diabetici in tutte le fasce d'età.
2. Presentazioni atipiche come la malattia da reflusso gastroesofageo e l'infarto miocardico silenzioso richiedono un alto indice di sospetto.
3. È necessaria una maggiore attenzione alle terapie orientate alle linee guida per raggiungere gli obiettivi di glicemia, pressione sanguigna e lipidi.
4. Uso più frequente di ticagrelor e statine ad alte dosi più ezetimibe, inibitori della trombina ed icosapent etile sono necessari in sottogruppi ad alto rischio.
5. Essere consapevoli del rischio più elevato di complicanze a breve e lungo termine come i principali eventi cardiaci avversi.

notevolmente influenzati dalle comorbidità come ipertensione, dislipidemie e complicanze del DM come la neuropatia autonoma, una soglia del dolore alterata e l'età di insorgenza dei sintomi di una CAD.

SCA dolorosa

Il dolore toracico può essere molto diverso per posizione, gravità e sintomi di accompagnamento.

Qualsiasi medico può facilmente interpretare erroneamente i primi sintomi e segni, ritardando così una gestione tempestiva. A volte, questo può avere gravi conseguenze tra cui la morte.

Di solito, la gravità del dolore/disagio è inferiore a quella descritta dai pazienti senza DM. La posizione del dolore può essere atipica, ad esempio, localizzata solo sul lato destro del torace, sulla nuca, sulla mascella o sulle spalle, o sulla parte superiore della schiena o nella regione epigastrica. Il disagio/dolore epigastrico assomiglia comunemente alla GERD, portando a una diagnosi errata che può essere un grave errore. Se il disagio/dolore epigastrico migliora e la condizione generale non si deteriora, la diagnosi viene persa. La SCA può essere scoperta solo incidentalmente su un ECG a 12 derivazioni condotto prima delle valutazioni mediche di routine, ad esempio a fini assicurativi o al follow-up per altre malattie CV e non cardiovascolari.

Il dolore/disagio della SCA a volte si maschera da artrite acuta della spalla, spondilite cervicale, dolori alla mascella o dentali e dolori muscolari. Sintomi di accompagnamento come palpitazione, dispnea e sincope, posso-

no o non possono essere presenti. Tuttavia, la sudorazione è di solito meno evidente.

SCA sintomatica ma indolore

Il dolore/disagio può essere sorprendentemente assente o così lieve da essere facilmente trascurato o dominato da altri sintomi come indigestione acuta, acidità nello stomaco, dispnea, vertigini, sincope, palpitazioni e sudorazione. In uno studio condotto nel Regno Unito, circa il 20% dei pazienti presentava tali sintomi con una mortalità più elevata rispetto ai pazienti che presentavano dolore toracico ad un mese e ad un anno di follow-up. L'insorgenza acuta di respiro sibilante dovuto a edema polmonare acuto potrebbe essere facilmente confusa con asma bronchiale acuta.

Pertanto, la prima insorgenza di asma bronchiale acuta oltre i 30 anni di età dovrebbe sollevare un forte sospetto per SCA. Oltre alla sincope, gli anziani possono presentare uno stato confusionale acuto o un deterioramento inspiegabile e acuto delle condizioni fisiche e mentali generali, tra cui affaticamento ed esaurimento con o senza altri sintomi di accompagnamento comuni. Gli esiti sono negativi per questi pazienti. Un alto indice di sospetto è imperativo per diagnosticare tali pazienti in tempo utile.

Infarto miocardico silente o SCA silenziosa

Quando (molte volte) i sintomi sono così atipici, vaghi, lievi o di breve durata, i pazienti possono non consultare un medico o possono relegare i sintomi a malattie pre-

sistenti come GERD, spondilosi cervicale, artrite della spalla, affaticamento dovuto allo sforzo o persino affanno o respiro sibilante a causa del peggioramento della BPCO. Spesso, una SCA si sviluppa durante il sonno e alcuni pazienti muoiono. Una SCA silente è più comune nei pazienti con DM e ipertensione, nonché nelle donne e negli individui anziani. Un alto indice di sospetto è indispensabile per governare una SCA: nello studio MACE, l'infarto miocardico silenzioso è stato riscontrato nell'8,2% dei pazienti e ha avuto una mortalità maggiore di 3 volte e grandi eventi avversi CV (*ACC Cardiovasc Imaging 2018; 11: 1773-81*).

In un altro studio, la prevalenza dell'infarto miocardico silente era del 28,5% nei diabetici e del 21,5% nei non diabetici, con una dimensione media dell'infarto dell'11,8% del ventricolo sinistro (*Am J Med 2013; 126: 515-22*).

In uno studio multi-etnico dagli Stati Uniti, in campioni basati sulla comunità di risonanza magnetica cardiaca, la prevalenza di cicatrici miocardiche suggestive di infarto miocardico pregresso era del 7,9%, in un'età media di 68 anni. È interessante notare che il 78% non era riconosciuto all'ECG e alla valutazione clinica e non aveva una storia di SCA (*JAMA 2015; 314: 1945-54*).

È possibile che molti pazienti, in particolare quelli con infarti più importanti, possano essere morti non diagnosticati. Solo quelli con attacchi cardiaci minori e non complicati avrebbero potuto sopravvivere per essere identificati in seguito, in particolare con cambiamenti caratteristici dell'ECG (per lo più dell'onda Q) suggestivi di vecchi infarti del miocardio.

Sembra che SCA silente sia comunemente sotto-sospettata e sotto-diagnosticata, rendendo necessario un indice molto alto di sospetto nei soggetti suscettibili ad alto rischio. È importante diagnosticarli in tempo per evitare complicazioni, tra cui una maggiore mortalità prematura a lungo termine.

Presentazioni atipiche nella malattia coronarica cronica stabile

■ L'ischemia miocardica silente (SMI) è molto comune ed è maggiormente grave e più frequente e duratura nei diabetici. La SMI è più comune negli uomini e nei pazienti con retinopatia diabetica. Poiché il dolore è tipicamente assente, il paziente può continuare a esercitare fino a sviluppare una o più complicanze dell'ischemia come SCA, edema polmonare acuto o caratteristiche suggestive di riduzione della gittata cardiaca come marcata debolezza, esaurimento, vertigini, sudorazione fredda e persino sincope.

■ Pattern ischemici sintomatici: oltre al dolore toracico o al disagio durante lo sforzo, a volte si sviluppa dopo i pasti e/o l'esposizione al freddo. Il dolore/disagio può essere localizzato nell'epigastrio ed essere interpretato erroneamente come GERD dopo i pasti, lo sforzo o l'esposizione al freddo. Episodi di ischemia sintomatica e silenziosa si verificano comunemente nello stesso paziente.

BIBLIOGRAFIA

- Gupta N, Elnour AA, Sadeq A, Gupta R. Diabetes and the heart: coronary artery disease. *e-Journal of Cardiology Practice* 2022; Vol. 22, n. 10 - 27 Apr 2022.

Dolore epigastrico acuto e pancreatite

La presentazione di dolore epigastrico acuto in una giovane donna porta alla diagnosi di pancreatite acuta, risolta con colecistectomia laparoscopica

Una donna di 44 anni si presenta in studio in urgenza per un forte dolore epigastrico che si è manifestato improvvisamente due ore prima. Si sente nauseata dal dolore e infatti ha vomitato due volte. Descrive un dolore molto forte e acuto che si irradia alla schiena e che si attenua leggermente in posizione seduta con il busto in avanti. In anamnesi nulla di particolare.

► **Visita.** PA 120/72 mmHg, 88/bpm. È molto dolente nell'epigastrio con lieve dolorabilità di rimbalzo.

Si invia la paziente al PS dell'ospedale locale, dove i colleghi organizzano un ricovero. Le prime indagini non lasciano dubbi: ecografia, MRCP ed ecografia endoscopica (EUS) non dimostrano alcun calcolo biliare. I titoli virali sono nella norma, ma i valori di amilasi sono 5000 u/L.

► Indagini e trattamento

Viene posta diagnosi di pancreatite acuta ed effettuata una TC dell'addome che mostra uno svuotamento gastrico ritardato. I sintomi migliorano con la somministrazione di domperidone. È stata eseguita una scansione dell'acido imminodiaceutico epatobiliare (HIDA) con colecistochinina (CCK) che segnala una frazione di eiezione ridotta della cistifellea del 25%. La paziente viene quindi indirizzata a colecistectomia. L'intervento viene eseguito per via laparoscopica: da allora è asintomatica e non assume più domperidone.

Approfondimento

L'incidenza della pancreatite acuta (PA) varia tra 15 e 45 casi per 100.000 persone/anno in tutto il mondo ed è in crescita a causa dell'aumento dell'obesità. La

mortalità complessiva è compresa tra il 3% e il 5%, ma può raggiungere il 35% nelle forme necrotizzanti complicate.

In circa la metà dei casi la causa può essere riferita a calcoli biliari e circa un quarto dei casi è correlato all'abuso di alcol. Circa il 10% dei pazienti soffre di pancreatite idiopatica. Meno del 5% dei casi è causato da farmaci. Colangiopancreatografia retrograda endoscopica, ipertrigliceridemia, deficit di lipoproteina lipasi, ipercalcemia, alcune infezioni virali.

► Presentazione clinica

Il sintomo chiave della PA è il dolore addominale. È tipicamente epigastrico, trafittivo "come un colpo di spada", con un esordio rapidamente progressivo, a volte quasi brutale, forte e persistente nel tempo al suo apice. È aumentato dall'assunzione di cibo e calmato dal digiuno e dalla posizione a cane di fucile. Sono associati frequentemente vomito (50%) e ileo riflesso (30%). La classificazione di Atlanta è un quadro utile per valutare la gravità della pancreatite acuta.

Si distinguono tre gradi di severità:

- PA lieve, senza insufficienza d'organo, né complicanze locali o sistemiche. Di solito scompare durante la prima settimana;
- PA moderatamente severa è definita dalla presenza di un'insufficienza d'organo transitoria, di complicanze locali o di uno scompenso di comorbidità preesistente;
- PA severa è definita da un'insufficienza d'organo persistente da più di 48 ore.

► Indagini

Le caratteristiche cliniche del dolore addominale e del vomito, insieme all'aumento delle concentrazioni plasmatiche

degli enzimi pancreatici, sono i capisaldi della diagnosi.

Altri esami sono test di funzionalità epatica, lipidi e concentrazioni di calcio. Vengono spesso presi i titoli degli anticorpi virali (ad esempio, per la parotite e Cocksackie B4).

Le raccomandazioni sono di eseguire almeno due ecografie di buona qualità prima di poter escludere una diagnosi di calcoli biliari. È comune eseguire un'ecografia endoscopica e/o una colangiopancreatografia a RM se il primo esame ecografico è normale. L'ecografia endoscopica è accurata e più sicura dell'ERCP per il rilevamento dei calcoli del dotto biliare comune.

In questo caso è stata eseguita una scansione HIDA poiché si pensava che la causa biliare fosse più probabile. La colecistectomia è indicata nei pazienti sintomatici senza calcoli biliari che hanno una scansione HIDA a bassa frazione di eiezione.

► Gestione

Non esiste un trattamento farmacologico specifico per la gestione della PA. L'ERCP terapeutico urgente deve essere eseguito in pazienti con PA a eziologia sospetta o accertata di calcoli biliari che soddisfano i criteri per la pancreatite grave prevista o effettiva, o quando sono presenti colangite, ittero o un dotto biliare comune dilatato. I pazienti devono essere avvisati di astenersi dall'alcol, indipendentemente dalla causa alla base della pancreatite.

Fonti

• www.gponline.com

• Lorenzo D et al. EMC-AKOS

Trattato di Medicina 2022; 24: 1-8.

Infiammazione e sindrome da fragilità

La relazione tra infiammazione cronica e sviluppo della sindrome da fragilità nell'anziano è complessa e oggetto di innovative ricerche che hanno prodotto un ampio ventaglio di teorie

Giuseppe Bellelli - Professore Ordinario di Geriatria, Università degli Studi Milano-Bicocca

L'allungamento dell'aspettativa di vita e l'aumento della percentuale di anziani sul totale della popolazione si traducono in un'attenzione sempre maggiore ai temi di multimorbilità, disabilità e fragilità. Un'ipotesi interessante nasce dall'osservazione che l'invecchiamento è associato ad una disregolazione immunitaria, per cui gli organismi "anziani" tendono a sviluppare uno stato caratterizzato da livelli elevati di mediatori pro-infiammatori nelle cellule e nei tessuti, in assenza di trigger evidenti. Tale condizione è spesso indicata come *inflammageing*, termine coniato nel 2000 da Franceschi e colleghi e successivamente implementato considerando l'interazione dinamica tra infiammazione, invecchiamento e stress ossidativo nell'*oxi-inflammageing*. Al di là del fondamentale ruolo fisiologico di difesa contro infezioni ed agenti estranei, vi sono numerose evidenze per cui, se protratta nel tempo, l'infiammazione diventa disadattiva/dannosa per la salute. Studi epidemiologici hanno infatti dimostrato che l'infiammazione cronica rappresenta un fattore di rischio per malattie croniche, nonché per multimorbilità, sarcopenia, fragilità e morte prematura. I meccanismi che collegano l'infiammazione agli effetti avversi per la salute sono ancora poco conosciuti; in particolare è dibattuto se essa contribuisca in maniera causale o sia piuttosto un marker di altri processi sottostanti. Tuttavia potrebbe fungere da punto focale per una maggiore suscettibilità a fattori stressogeni e riserve funzionali ridotte all'interno della cosiddetta sindrome da

fragilità, in cui immunosenescenza, stress ossidativo, inattività, malnutrizione e multimorbilità portano ad un declino generalizzato dell'organismo.

La relazione tra infiammazione e fragilità è complessa, poiché entrambe aumentano linearmente con l'avanzare dell'età e similmente conducono ad esiti negativi, tra cui maggiore mortalità, tasso di ospedalizzazione ed insorgenza di comorbilità. Una significativa meta-analisi comprendente 32 studi condotti su un totale di 23.910 anziani ha osservato che fragilità e pre-fragilità si associavano a parametri infiammatori sierici significativamente più elevati rispetto a quelli degli individui robusti, con un aumento in particolare dei valori di PCR e IL-6.

Un ampio ventaglio di teorie è stato proposto per spiegare il legame tra infiammazione e fragilità, alcune delle quali si ritrovano anche nella patogenesi dei disturbi cardiovascolari. Secondo una di queste, l'infiammazione sarebbe associata ad una riduzione della sintesi e dell'attività del fattore di crescita insulinico simile (IGF-I), essenziale per la rigenerazione ed il mantenimento dell'integrità muscolare; questo spiegherebbe perché uno stato di infiammazione cronica si rilevi in particolare negli anziani fragili affetti da sarcopenia.

► Ipotesi di prevenzione

Oltre alla restrizione calorica, seguendo regimi alimentari bilanciati, e all'attività fisica, le opzioni di trattamento si basano su piccole molecole o anticorpi che interferiscono con i mediatori dell'infiammazione o con i loro bersagli biolo-

gici piuttosto che agire sulle cause sottostanti, risultando in un'efficacia altamente variabile. Tra questi anche la metformina è stata suggerita per prevenire la fragilità ed attenuarne la progressione, ma con risultati non conclusivi.

Al contrario di quanto dimostrato per il rischio CV, non esistono prove definitive che la riduzione dell'infiammazione possa prevenire o modificare la progressione di altre malattie croniche, fragilità e disabilità. È probabile che la sua modulazione sia più efficace in una fase di fragilità iniziale, quando la capacità compensatoria dell'organismo non è completamente esaurita e può quindi ancora contrastare il declino fisiologico e funzionale. Sebbene sia evidente che il processo di invecchiamento abbia in sé una forte componente infiammatoria, resta ancora molto da chiarire su come i meccanismi immunologici e fisiologici sottostanti ne regolino evoluzione e conseguenze. Pertanto, ulteriori studi sono necessari per comprendere il ruolo dei markers infiammatori come potenziali biomarcatori di fragilità, all'interno di un approccio multidimensionale di valutazione.

Sintesi della relazione tenutasi il 5.5.2022 al Symposium "Medicina dei Sistemi", Università degli Studi di Milano

Bibliografia disponibile a richiesta



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Giuseppe Bellelli

Superati i 75 anni siamo da buttar via?

“Ho dovuto acquistare un computer nuovo, perché il vecchio, solido e poco costoso PC manifestava pericolosi cedimenti funzionali che si sono riversati persino sulla mia salute. Partendo da questo banale fatto racconterò la mia storia e quella di un mio paziente”

Ferdinando Schiavo - *Neurologo, Udine*

Non amo esporre i risvolti privati, in particolare della mia salute, ci mancherebbe, ma quello che mi è accaduto in febbraio è successo online, seppure nella ristretta cerchia di una classe di maturi allievi OSS appena conosciuti, e del personale della scuola dove insegno (neuro)geriatria.

Il mio computer ha cominciato più volte a spegnersi con un sibilo da estremo saluto, ribellandosi al carico delle diapositive. In quasi due ore di lezione ha cessato di vivere, condannandomi a telefonate trafelate alla scuola e alla faticosa ripresa delle procedure per ripartire. Io ero molto teso.

Al penultimo spegnimento ho cominciato a vedere degli zig zag di luce sul mio campo visivo destro di ambedue gli occhi. Ci siamo, mi son detto, erano anni che non mi venivano le aure visive, la mia corteccia occipitale sinistra stava soffrendo schizzando linee luminose contorte dal lato opposto. È complicato spiegare la complessa anatomia funzionale che dai due occhi, attraverso i nervi ottici, si intreccia in modo apparentemente strampalato: metà fibre di ogni nervo ottico va a destra e l'altra metà a sinistra incrociandosi nel chiasma per arrivare infine là dietro nel cervello dove lo stimolo viene tradotto in immagini. Più semplice definire quella sofferenza occipitale come ischemica. Ischemica, ischemia, parole che incutono terrore. Ma vi aggiungo subito (e mi auguro di non aver sbagliato diagnosi...) l'aggettivo “benigna”, eliminando così la suspense che

si potrebbe creare continuando a raccontare il resto della storia.

Ho resistito, riprendendo malgrado l'abbaglio di luce occupasse stabilmente lo spazio alla mia destra, ma quando sono arrivato giusto alla diapositiva con la panoramica dei nervi cranici apprestandomi a commentarla, mi sono mancate le parole: i nomi e i compiti dei nervi, ma anche i verbi, gli aggettivi, le preposizioni, l'armonia della costruzione della frase e persino la sua musicalità (prosodia). Con un po' di fatica e di angoscia e storpiando qualche termine sono riuscito a far comprendere agli allievi che dovevo sospendere la lezione, mancavano per fortuna solo dieci minuti alla fine. Devono averlo capito anche loro e certamente si sono preoccupati in quanto poco prima avevo accennato all'importanza dei trascurati attacchi ischemici transitori cerebrali (AIT-TIA): “Fugace e non doloroso, a differenza dell'angina pectoris e dell'infarto del miocardio, resta spesso banalizzato, malgrado sia il miglior segno premonitore di un infarto cerebrale”. Ho chiuso il computer.

► I giorni seguenti

Ero solo a casa, sudato freddo, allarmato. In questo stato mi ha trovato poco dopo la mia compagna. Ho tentato di tranquillizzarla: “Sono un neurologo no? Ne ho viste di tutti i colori di afasie. Ora mi metto a respirare bene.” “No, andiamo in PS!” “A fare cosa?”. Cominciavo a parlare meglio, dopo venti minuti ero tornato in stato di apparente normalità. A quel punto è cominciato

un po' di sopportabile mal di testa.

L'immenso studio Framingham, il grande CM Fisher, e poi RS Kunkel e altri ancora: mi venivano in mente mentre sul divano, ad occhi chiusi, ero occupato a respirare con ricercata lentezza e una certa consistenza. Devo recuperare gli articoli e mostrarglieli, mi dicevo. Una delle regole di un attacco di emicrania con aura o di qualcosa di più serio però esige di star tranquilli, di non compiere sforzi. Allora me li sono ripassati mentalmente quegli scritti, li ricordavo bene: trattano il tema delle aure emicraniche tardive di gente che, come me, da giovane non aveva mai avuto tali fenomeni, aure spesso prive del secondo tempo, la cefalea intensa e contornata da vomito, insofferenza per suoni, odori, luce, sforzi fisici, tipica dell'emicrania senza aura, quella più comune. Aure tardive prive di conseguenze serie, insomma.

Il mondo dei mal di testa mi affascinava quando ero un neurologo “normale” ospedaliero, cioè prima di diventare neurologo di strada dei vecchi e di vedere in ambulatorio quasi esclusivamente casi molto ingarbugliati di anziani con problemi di “mente e movimento” per i quali la mia curiosità intima e preliminare è rimasta sempre la stessa: la persona malmessa che sto valutando è così per evoluzione “normale” della sua patologia o perché qualche farmaco o un'altra malattia o condizione non svelata o apprezzata a dovere sta cambiando le carte in tavola? Mi ero occupato anche dell'Amnesia Globale Transitoria (AGT), un allarme

ischemico, benigno anche questo, con qualche collegamento con l'emicrania. È un avvenimento certamente allarmante e dev'essere terribile per un familiare sentirsi ripetere le stesse domande da parte di un genitore in preda all'attacco, inquieto, smarrito pure lui: "Ma chi ha messo quei gerani qui?". "Mamma, sei stata tu una settimana fa, all'arrivo del freddo!". "Ah sì". "Ma chi ha messo quei gerani qui?".

Mi sono consolato riflettendo sull'enigma dell'AGT, di quanto l'ho studiata, del suo essere, appunto, un'ischemia benigna (non rappresentare un fattore di rischio di imminenti ictus cerebrali o di demenza) anche se di durata nettamente superiore a quella dell'aura emicranica. Mi sono ripassato le varie misteriose teorie, quando inizialmente era di moda lo spasmo arterioso che non permetteva al sangue di nutrire in maniera adeguata quel pezzo di cervello. Ne sono subentrate altre, come "l'ipercapnia da iperventilazione" o quelle che hanno a che fare con lo "scarico venoso" o con fenomeni elettrici complicati, una "onda anomala di depolarizzazione" che Leao, aveva studiato nel 1943 e che aveva chiamato *spreading depression*, teoria che sembra da anni accreditata come intimo meccanismo di questo scombussolamento della memoria. Ho ripensato alla mia tesi di specializzazione basata sull'esperienza dei primi 24 casi che avevo seguito di persona, alle cause predisponenti (carattere ansioso, iperattivo, storia pregressa di emicrania) e a quelle scatenanti (bagno caldo, bagno freddo, posizioni anomale del corpo che impediscono un normale scarico venoso, canto energico, orgasmo, gastroscopie, coronarografie, ecc.).

Insomma, ero lì che ripercorrevi un bel po' di queste storie che avevo vissuto e seguito per anni passati quasi sempre in prima linea. Mi ricordavo volti ed espressioni di alcuni familiari che avevo consolato affermando perentoriamente che sarebbe andata a finire bene, col solo dispiacere, superabile, di ritrovarsi

con un buco di memoria relativo allo svolgimento dell'episodio e basta. Nel contempo, mi ripetevi che quanto mi era da poco accaduto rientrava in questa benignità di evoluzione, è riapparsa la mia compagna ad invitarmi ad andare dalla collega neurologa che avrebbe voluto vedermi e sottopormi a vari esami. "No, ho già fatto RM al cervello, l'E-DO-Doppler dei TSA, l'ecografia e altro a livello cardiaco. Non faccio nulla! In ospedale non ci metto piede, Covid o meno! A proposito: potrebbe essere anche un effetto del richiamo del vaccino per il Covid di una settimana fa". Mi sono rimesso in sesto con qualche giorno di riposo, poi ho ricominciato scuola badando ad imparare a respirare, son tornato a vedere con calma pazienti, ovviamente complessi!

► L'ospedale fa male alla salute?

Sono andato a casa sua a visitarlo, era appena uscito dalla RSA dell'ospedale dopo essere stato accolto d'urgenza per una "banale" sincope, uno svenimento avvenuto appena M si era alzato dal letto nella notte per andare a far pipì. Ricordavo vagamente di averlo visitato, scorrendo le carte ho visto che era accaduto 5 anni prima. Avevo fatto diagnosi di iniziale malattia di Parkinson riscontrando anche una ipotensione ortostatica (da cui la necessità di misurare la pressione arteriosa - PA - da supini e poi in piedi, negli anziani e non solo, magari solo una volta nella vita!) e consigliandogli accertamenti e le prime terapie farmacologiche. M. aveva proseguito le cure con i colleghi dell'ospedale, i quali ogni volta si premuravano di raccomandare di non sollevarsi velocemente da letto o poltrona e di controllare la PA anche in piedi... ma nelle carte non c'era traccia di numeri. Dopo avere chiesto a moglie e sorella, ho scoperto che ero stato l'unico in tutti quegli anni che gli aveva misurato la PA da supino e poi in ortostatismo, confermando un sostanziale, duraturo e dannoso calo pressorio in piedi! Poi mai

più nessuno, compresi, appunto, gli specialisti neurologi che gli raccomandavano di stare attento. Ed anche il medico curante. La medicina della fretta! Ecco, lo trovate sintetizzato nei danni evitabilissimi riportati in tabella affinché non si ripeta l'errore di "allettare", immobilizzare a letto, una persona che fino a poco prima camminava in casa e in città con una discreta indipendenza. Due mesi è durata la degenza "immobilizzata" e immotivata tra ospedale ed RSA in quanto è risultato successivamente positivo al coronavirus, benché asintomatico.

Danni evitabili

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------|
| • Anchilosi | • Perdita di funzione |
| • Sarcopenia | • Piaghe da decubito |
| • Catetere vescicale a permanenza | |

Si chiama in vari modi, tra cui sindrome da immobilizzazione, una malattia aggiunta al bagaglio di fragilità che possiamo concorrere a creare dal nulla o quasi anche noi professionisti della salute. Una condizione che fa perdere muscoli (sarcopenia), rattrappisce le articolazioni (anche per sempre), ulcera in profondità la pelle, fa persino dimenticare le funzioni basilari del cammino, intorpidisce quelle mentali e deprime l'umore della vittima e di chi gli vuole bene. In questo caso con l'aggravante dell'aggiunta del catetere vescicale a permanenza (perché? Per comodità degli operatori?), che limita forse per sempre la funzionalità e tonicità della vescica rattrappita fornendo, in omaggio, una comoda via di ingresso a germi. Infine, probabilmente due mesi senza un archetto in fondo al letto, una soluzione a buon mercato col compito di proteggere le articolazioni dei piedi e i tendini di Achille dalle deformazioni causate dal semplice peso delle coperte. M. ha la mia stessa età!

Articolo integrale disponibile in www.perlungavita.it

Visione contemporanea dell'obesità

Approcci personalizzati per prevenire e trattare l'obesità, oggi ormai definita malattia cronica, e le sue complicanze possono aumentare l'efficacia degli interventi

È allarmante il nuovo rapporto sull'obesità dell'OMS: in Europa l'obesità ha raggiunto proporzioni "epidemiche": il 59% degli adulti e quasi un bambino su tre sono in sovrappeso o vivono con l'obesità. La prevalenza dell'obesità per gli adulti nella regione europea è più alta che in qualsiasi altra regione dell'OMS, ad eccezione delle Americhe.

Il "WHO European Regional Obesity Report 2022" è stato illustrato nel corso del congresso europeo sull'obesità dell'Associazione europea per lo studio dell'obesità (EASO) e della Federazione internazionale per la chirurgia dell'obesità e dei disturbi metabolici (4-7 maggio 2022).

Il filo conduttore del confronto scientifico si è focalizzato soprattutto sulle strategie personalizzate: da interventi sartoriali sullo stile di vita (compresi dieta e attività fisica) a strategie centrate sul paziente per farmaci e chirurgia. "Approcci più personalizzati per prevenire e trattare sia l'obesità che le sue complicanze possono aumentare l'efficacia degli interventi", ha dichiarato Gijs Goossens, presidente del congresso.

► Il sesso conta

Un argomento affascinante affrontato sono le differenze tra uomini e donne nelle malattie metaboliche. Le donne in premenopausa sono a minor rischio di sviluppare DT2 e malattie CV rispetto agli uomini della stessa età e con lo stesso indice di massa corporea.

In generale, le donne prima della menopausa tendono a immagazzinare più grasso nella parte inferiore del cor-

po, mentre gli uomini immagazzinano le loro calorie in eccesso nella regione addominale. Tuttavia, dopo la menopausa, questo vantaggio femminile è perso, in parte a causa di uno spostamento nella distribuzione del grasso corporeo dalla parte inferiore a quella superiore del corpo: questo fa sì che le donne in postmenopausa sono a rischio ancora più elevato di DT2 rispetto agli uomini della stessa età.

Anche l'eziologia della malattia sembra diversa tra donne e uomini. "Ci sono alcune caratteristiche e cambiamenti precoci nel tessuto adiposo che ci aiuteranno a prevedere chi risponderà a interventi specifici?" è la domanda a cui cercheranno di rispondere in futuro i ricercatori.

► Malattia cronica

Recentemente anche la Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare - SIPREC si è mobilitata producendo il copioso documento "Obesità: da amplificatore di rischio a malattia cronica". La relazione pericolosa tra sovrappeso e obesità e malattie CV e metaboliche e non metaboliche è dovuta a numerose ragioni. "Anzitutto, l'obesità contribuisce allo sviluppo di maggiori fattori di rischio cardiovascolari (emodinamici e metabolici) - evidenzia il Prof. **Massimo Volpe** Presidente SIPREC. In secondo luogo, l'obesità favorisce lo sviluppo di condizioni che rivestono un ruolo importante nella fisiopatologia e nella progressione clinica delle malattie cardiovascolari, come la cardiopatia ischemica e lo stroke, la sindrome metabolica, la sindrome da apnee ostruttiva del sonno

(OSAS), la disfunzione endoteliale ed uno stato di infiammazione cronica, anche a livello vascolare, l'iperuricemia, l'intolleranza glucidica e l'insulino resistenza. Infine, soprattutto nei soggetti con i quadri più marcati di obesità vi è una maggior propensione a sviluppare fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, angina microvascolare, ipertensione arteriosa resistente e tromboembolismo polmonare".

Le linee principali affrontate nel documento riguardano:

- una visione contemporanea dell'obesità, non intesa solo come amplificatore di rischio CV, che agisce sinergicamente con i fattori di rischio CV, le comorbidità e le alterazioni cardiometaboliche che la accompagnano, ma anche e soprattutto come malattia cronica da prevenire e trattare;
- il carattere multidisciplinare dell'approccio clinico all'obesità, che è una patologia complessa di cui si sta imparando a conoscere sempre più in dettaglio gli approcci fisiopatologici, le ricadute cliniche e i bersagli terapeutici;
- la disponibilità di nuovi farmaci che consentono di trattare efficacemente ed in sicurezza l'obesità, riducendone il carico di malattia e le conseguenze cardiometaboliche e sistemiche, segna un importante progresso nell'approccio al problema nei singoli pazienti.

BIBLIOGRAFIA

- WHO European Regional Obesity Report 2022: <https://apps.who.int>
- Congresso Europeo sull'Obesità, ECO 2022
- www.siprec.it

Agopuntura in ambito neurologico

Diverse esperienze ormai consolidate di neuro-agopuntura devono spingere a migliorare le riabilitazioni e a formare e informare i medici sul corretto uso e sulle best practice

Cecilia Lucenti

Presidente AMI (Associazione Agopuntura Medica Integrata)

Direttrice scientifica Corso di Perfezionamento di Agopuntura in Neurologia, Università di Siena

Quest'anno il Corso di Perfezionamento dell'Università di Siena "*Principi e tecniche di Agopuntura in Neurologia*" è giunto alla terza edizione; un Corso dedicato all'informazione e, in parte, alla formazione dei medici italiani su uno strumento terapeutico per la cura della malattia neurologica, ancora poco o per niente sfruttato in Italia. Se l'agopuntura è conosciuta e prescritta dalla maggior parte dei medici nel dolore osteoarticolare, il suo utilizzo in neurologia è ancora misconosciuto malgrado i risultati, sperimentati e ottenuti in varie parti del mondo, siano spesso impressionanti.

► Neuro-Agopuntura

Negli ultimi decenni si è andata creando una vera e propria branca specialistica - la Neuro-Agopuntura - con scuole giapponesi, cinesi, americane ed europee che utilizzano tecniche specifiche come la craniopuntura e l'auricoloterapia, validate dagli strumenti occidentali di riscontro scientifico.

L'effetto non si limita al dolore neurologico ma riesce a favorire fenomeni di neuroplasticità spontanea, in grado di imprimere una decisa accelerazione alla riabilitazione neurologica dopo incidenti vascolari, traumi o post chirurgici.

La letteratura internazionale si sta rapidamente infoltendo e anche in

Europa molti Stati cominciano a considerarla nelle politiche sanitarie pubbliche, come il Portogallo nella disagia *post stroke*.

L'agopuntura è in grado di modificare molti aspetti della funzionalità cerebrale tramite diversi meccanismi d'azione, promuove la neurogenesi e la proliferazione cellulare nel SNC, l'attività antiapoptotica, migliora la vascolarizzazione nell'area ischemica, regola la produzione di neuro-mediatori in senso antinfiammatorio, migliora il cosiddetto potenziamento a lungo termine dell'apprendimento e della memorizzazione dei movimenti. Non sostituisce ma integra - finalizzandone l'azione - la fisioterapia consolidando così il processo di recupero e di creazione di schemi motori efficaci.

► Efficacia su diverse eziologie

La sua efficacia non si limita alla patologia vascolare ma interviene su diverse eziologie, dalle patologie degenerative come la demenza o il Parkinson, alle paralisi cerebrali infantili e disturbi del neurosviluppo. Esistono, in quest'ultimo settore, numerose esperienze internazionali tra cui il *CHOC Children Hospital Orange County*, uno degli ospedali più importanti di neurochirurgia pediatrica degli Stati Uniti e l'Ospedale Pediatrico di Hanoi dove ogni giorno vengono trattati 200 bambini con disturbi del neurosviluppo

con un tasso di remissione completa dei disturbi del 20%.

► Conclusioni

Queste esperienze ormai consolidate ci devono spingere a migliorare le nostre riabilitazioni e a formare e informare i medici sul corretto uso e sulle *best practice*. Sforzo che l'Università di Siena fa in collaborazione con l'associazione AMI - *Agopuntura Medica Integrata* coinvolgendo esperti da tutto il mondo (Brasile, Canada, Usa, Cina, India). Il crescente numero di iscrizioni conferma il grande interesse dei medici, che capiscono come questi modelli di neurostimolo possano davvero imprimere una svolta alla storia clinica dei malati migliorando la loro vita, quella dei loro familiari e, *last but not least*, la prospettiva del nostro lavoro.

BIBLIOGRAFIA

- Chavez LM, Shiang-Suo Huang, Iona MacDonald et al. Mechanisms of acupuncture therapy in ischemic stroke rehabilitation: a literature review of basic studies. *International Journal of Molecular Sciences* 2017; 18, n. 11: 2270.
- Oliveira I, Couto G, Santos Ret al. Best practice recommendations for dysphagia management in stroke Patients: A Consensus from a Portuguese Expert Panel. *Port J Public Health* 2021; 39:145-162.



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



STENOSI AORTICA E INTEGRAZIONE CON CALCIO



DIETA E MICROBIOTA BERSAGLI IN MENOPAUSA



UP TO DATE SU CAROTENOIDI E SALUTE



CRESCONO LE EVIDENZE SUI BENEFICI DEL TÈ



RIFERIMENTI PER IL CONTENUTO DI SALE DEGLI ALIMENTI

Stenosi aortica e integrazione con calcio

Attenzione alla supplementazione con calcio in soggetti con stenosi aortica o ad alto rischio

■ Uno studio pubblicato su Heart ha puntato i fari su un aspetto ancora non chiarito dalla ricerca, ovvero quanto l'impiego di integratori a base di calcio e vitamina D possa mettere a rischio la salute CV nella popolazione anziana. Lo studio ha esaminato i dati di 2.657 pazienti affetti da



stenosi aortica da lieve a moderata (età media, 74 anni; 42% donne) monitorati per un periodo medio di 5,5 anni. I partecipanti sono stati suddivisi in tre gruppi: quelli che non assumevano integratori (49%), quelli integrati con sola vit. D (12%) e quelli che assumevano integratori di calcio con o senza vitamina D (39%). Tra chi assumeva integratori, vi era maggiore incidenza di diabete, malattia coronarica e renale, nonché consumo di farmaci (statine, anticoagulanti, chelanti del fosforo).

► Risultati

Durante il periodo di osservazione si sono verificati 540 decessi (20,5%): 150 per malattie CV; 155 per altre cause; e 235 per cause sconosciute. A 774 (29%) pazienti è stata sostituita la valvola aortica e più di un terzo delle persone in ciascun gruppo ha sviluppato una grave stenosi aortica dopo 5 anni.

La supplementazione di sola vit. D non ha inciso sulla so-

pravvivenza, ma la combinazione calcio/vitamina D è risultata associata a un rischio significativamente più alto (31%) di morte per qualsiasi causa, a un rischio doppio di morte cardiovascolare e del 48% in più di subire un intervento di sostituzione valvolare.

La sola supplementazione di calcio è risultata associata a un aumentato rischio di morte per qualsiasi causa (24%) e a un rischio triplo di Avr. La stessa mortalità per qualsiasi causa e per malattie cardiovascolari si è rivelata più alta tra chi assumeva integratori di calcio anche senza necessità di Avr.

“Siamo consapevoli trattarsi di uno studio osservazionale, per cui non è possibile stabilire relazioni causa-effetto, così come del fatto che le condizioni di salute di chi assumeva integratori determinavano la presenza di maggiori fattori di rischio per malattie cardiache e morte”, commentano gli Autori. “Però l’ampia dimensione del campione e il lungo periodo di follow-up, ci confortano nel concludere che l’integrazione di calcio non conferisce alcun beneficio CV mentre può aumentare il rischio di peggioramento della stenosi, di necessità di intervento e di morte”.

Dieta e microbiota bersagli in menopausa

È possibile attenuare il rischio di sequele cardiometaboliche con interventi su dieta e microbiota

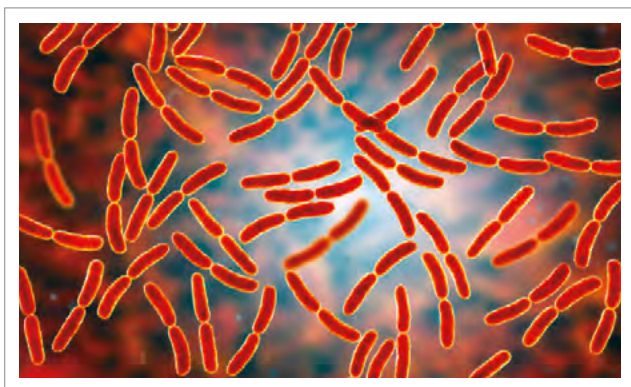
■ La dieta può essere la chiave per ridurre cambiamenti metabolici sfavorevoli associati alla menopausa e legati alle variazioni ormonali. Queste le conclusioni dello Zoe Predict Study, pubblicato su Lancet, che ha studiato una coorte di 1.002 donne in pre-peri e post menopausa, valutandone parametri antropometrici, abitudini alimentari, dati sul microbiota intestinale, marker cardiometabolici ematici post-prandiali.

I risultati hanno messo in evidenza come, rispetto alle donne in pre-menopausa, quelle in post-menopausa presentassero valori ematici a digiuno più elevati di glucosio, emoglobina glicata e GlycA o glicoproteina acetilazione, un marker infiammatorio (rispettivamente 6, 5 e 4%). Allo stesso tempo, assumevano più cibi e bevande zuccherate, avevano maggiore quantità di grasso viscerale e presentavano qualità del sonno più scadente. L’effetto sfavorevole della menopausa sul controllo della glicemia è stato riscontrato anche dopo confronto tra don-

ne in gruppi diversi ma di pari età, a conferma che la causa non è legata all’invecchiamento ma proprio alle modifiche scatenate dal calo degli estrogeni.

Interessante la correlazione emersa tra queste alterazioni metaboliche post-menopausa e un’abbondanza di specie batteriche pro-infiammatorie e obesogeniche a livello del microbiota intestinale, in particolare *Ruminococcus gnavus*, in grado di produrre metaboliti ad alto indice infiammatorio.

“Gli effetti di dieta e microbiota intestinale su grasso viscerale, glicemia e infiammazione, suggeriscono che vi sono fattori modificabili in grado di intervenire sui cambiamenti metabolici sfavorevoli legati alla menopausa”, commentano gli Autori. “Per esempio, nella nostra coorte, le donne in post-menopausa consumavano più zuccheri e avevano una qualità del sonno più scadente, fattori entrambi legati a glicemia post-prandiale più elevata e aumento del rischio di diabete e malattie cardiovascolari. A questo, si aggiunge una maggiore sedentarietà. Questi cambiamenti osservati nella dieta e nell’attività fisica possono determinare aumento di peso nel tempo. Modelli dietetici sani come la dieta mediterranea garantiscono benefici a livello di peso corporeo e sintomi vasomotori, con alcuni alimenti che hanno dimostrato addirittura di ritardare l’ingresso in menopausa, come nel caso di verdure verdi e gialle e legumi freschi. La menopausa rappresenta un momento di grandi cambiamenti con ricadute metaboliche sfavorevoli sulla salute. Se questo è un passaggio ineluttabile, la nostra ricerca dimostra che è possibile attenuare il rischio di sequele cardiometaboliche con interventi su dieta e microbiota”.



Up to date su carotenoidi e salute

Il punto sulla relazione tra consumo di carotenoidi ed effetti sulla salute

■ Un lavoro pubblicato sulla *Nutrients* ha fatto il punto sugli studi di intervento dietetico registrati che hanno preso in esame la relazione tra il consumo di carotenoidi e i loro effetti sulla salute. Ne parliamo con due degli autori del lavoro, **Mirko Marino** e **Daniela Martini**, del dipartimento di Scienze per gli alimenti, la nutrizione e l'ambiente dell'Università degli studi di Milano.

► Focus sui carotenoidi

Si tratta di composti bioattivi ampiamente diffusi nella nostra dieta, soprattutto negli alimenti di origine vegetale. Pur non essendo considerati come nutrienti in senso stretto, sono ampiamente studiati per il loro potenziale effetto sullo stato di salute, così come altri composti bioattivi tra cui i polifenoli e i glucosinolati. Sono stati pubblicati due altri studi focalizzati su polifenoli e glucosinolati nei quali si analizzano le caratteristiche degli studi di intervento registrati e condotti utilizzando questi composti. In quest'ultimo lavoro, invece, ci siamo focalizzati sui carotenoidi che rappresentano composti di interesse trasversale in diversi ambiti di ricerca.

► Metodologia

Abbiamo raccolto gli studi da ClinicalTrials.gov, uno dei database nei quali vengono registrati gli studi di intervento prima di essere condotti. Si tratta di un metodo finalizzato a comprendere verso quali ambiti di interesse la ricerca scientifica si sta orientando.

► Carotenoidi e tematiche di ricerca

La ricerca ha portato alla revisione di 193 studi di intervento registrati e riguardanti i carotenoidi. Tra questi, 83 sono stati condotti con alimenti, 105 con supplementi e 5 con entrambi. Tra i primi, gli alimenti più studiati sono stati sicuramente i prodotti a base di pomodoro, seguiti da uova e mais. Tra i supplementi la maggior parte degli studi sono stati condotti testando specifici carotenoidi come la luteina, ma anche il licopene e il beta-carotene. Un altro carotenoide molto studiato è l'astaxantina. Gli studi analizzati sono in larga parte focalizzati sulla valutazione della biodisponibilità dei carotenoidi da alimenti e supplementi. Molti studi han-

no valutato, o stanno valutando, il potenziale ruolo dei carotenoidi in prevenzione e/o trattamento delle malattie oculari e nella riduzione del rischio di diabete e malattie CV. I risultati principali riguardano principalmente l'effetto dei carotenoidi su marcatori di funzione endoteliale o vascolare, e marcatori di stato antiossidante o stress ossidativo.

► Ambiti più promettenti

Negli ultimi anni, la direzione della ricerca scientifica sui carotenoidi sembra essere focalizzata non solo sugli aspetti correlati alla salute della vista, ma anche su due nuovi ambiti quali il sistema cognitivo e il microbiota intestinale. Recenti studi hanno testato l'effetto di uova arricchite in luteina e zeaxantina su parametri cognitivi quali la funzione esecutiva e la misura dell'attenzione. Per quanto riguarda il microbiota, i risultati derivanti da studi osservazionali hanno riportato un'associazione positiva tra le concentrazioni plasmatiche di carotenoidi, espressi come carotenoidi totali o come singoli, e una maggiore biodiversità del microbiota intestinale, considerato come un indicatore di intestino in salute. Pertanto, tali risultati sembrano suggerire una possibile relazione tra carotenoidi e specie microbiche.



Crescono le evidenze sui benefici del tè

Il tè avrebbe un'azione protettiva in diversi ambiti: immunitario, CV, neurocognitivo e oncologico

■ Nel corso del sesto "International scientific symposium on tea and human health" è stato definito lo stato dell'arte della ricerca sull'azione protettiva del tè.

► Fronte immunitario

Una review ha evidenziato le capacità del tè verde e delle catechine in esso contenute di supportare l'organismo nel contrastare una varietà di agenti patogeni diminuendone la capacità di infettare l'ospite e aiutando il sistema immunitario ad attivarsi. Gli stessi composti, poi, si sono dimostrati utili nelle malattie autoimmuni, sopprimendo l'attacco infiammatorio indotto dagli autoantigeni e favorendo la riparazione dei danni tissutali.

► Funzioni cognitive

Ci sono prove evidenti che il tè e i suoi componenti sono utili in condizioni di stress, agendo su aspetti quali attenzione e prontezza. Con questi effetti, il tè rappresenta una bevanda ideale durante periodi di stress particolarmente elevato. Su questo fronte sono state fornite prove che mostrano gli effetti benefici di una dose elevata di L-teanina, combinata con basse dosi di caffeina, su attenzione e prontezza misurate con test specifici standardizzati.

► Malattie neurodegenerative

Vi sono prove crescenti del fatto che anche solo 1 o 2 tazze di tè al giorno potrebbero ridurre significativamente il ri-

schio di demenza vascolare e, potenzialmente, della malattia di Alzheimer. Il beneficio massimo si avrebbe con 2-4 tazze/die e solo sulla demenza di origine vascolare.

► Cancro

Ci sono prove che i flavonoidi del tè possano ridurre il rischio grazie ad azioni antiossidanti, anti-angiogenesi e antinfiammatorie, oltre che per gli effetti benefici sul microbiota intestinale. Le proprietà antitumorali dei flavonoidi sono state evidenziate in diversi studi sperimentali e i dati indicano che il consumo di tè è in grado di ridurre il rischio di cancro di vie biliari, mammella, endometrio, fegato e cavo orale.

► Malattia cardiometabolica

Due tazze di tè non zuccherato/die hanno il potenziale per mitigare il rischio e la progressione della malattia cardiometabolica negli adulti. Da un'ampia review sul tema, emerge che per ogni tazza di tè giornaliera consumata, si registra un rischio medio inferiore dell'1,5% di mortalità per tutte le cause, del 4% di mortalità per malattie CV, del 2% di eventi CV di qualsiasi genere e del 4% di ictus. **Mario Feruzzi**, capo della sezione Nutrizione dello sviluppo presso il dipartimento di Pediatria dell'Università dell'Arkansas che ha lamentato l'assenza di raccomandazioni chiare sull'impiego del tè nelle linee guida di nutrizione americane, nonostante le evidenze disponibili.

Riferimenti per il contenuto di sale degli alimenti

Nel corso del recente 42° Congresso Sinu (Società italiana di nutrizione umana) è emersa in maniera inequivocabile la necessità di incidere sull'attuale contenuto di sale degli alimenti trasformati e confezionati, tenendo conto dei benchmark proposti dalla direttiva 2021 dell'Oms. In Italia, per esempio, il progetto flip del Gruppo giovani Sinu evidenzia come per il pane e suoi so-

stituti (grissini, taralli) i prodotti oggi in commercio eccedono le quantità di sale previste dall'Oms. Fondamentale, infine, favorire l'educazione del consumatore che deve essere correttamente informato per fare scelte consapevoli, obiettivo del programma Guadagnare Salute del ministro Roberto Speranza. Approfondimento di **Paolo Simonetti**, Università degli studi di Milano.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Paolo Simonetti

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