

M.D.

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

Anno XXIX, numero 5 - 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

CONTRAPPUNTO 6

La nostra professione sopravvive nel fango della trincea

TRIBUNA 10

L'opinabile validità dell'accesso allo studio del Mmg per appuntamento

CLINICA 30

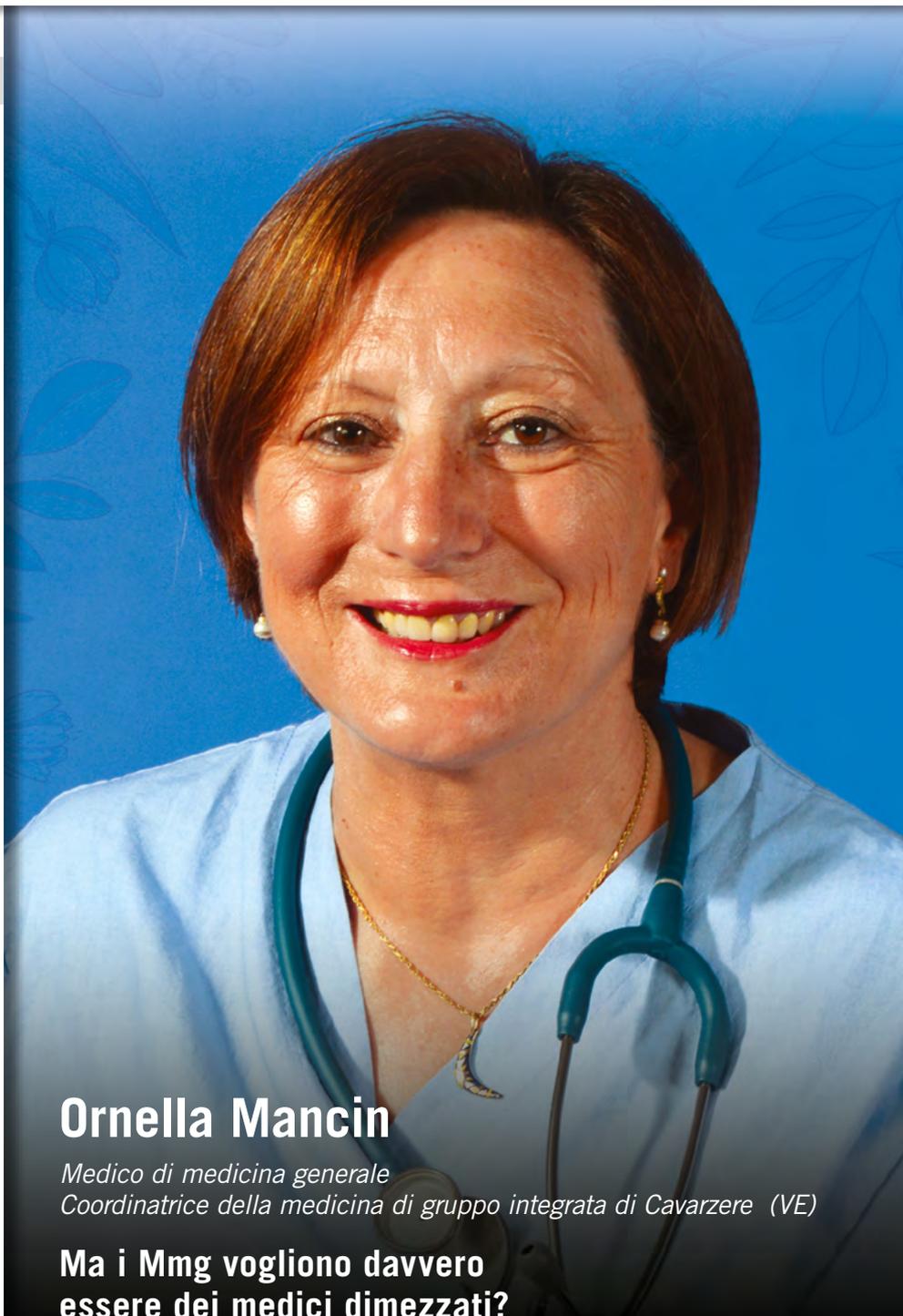
Long covid: evidenze scientifiche e definizione clinico-diagnostica

SEGNALAZIONI CLINICHE 34

E se fosse il farmaco?



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



Ornella Mancin

*Medico di medicina generale
Coordinatrice della medicina di gruppo integrata di Cavarzere (VE)*

Ma i Mmg vogliono davvero essere dei medici dimezzati?

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXIX numero 5 giugno-luglio 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 Ciproxin

In questo numero

ATTUALITÀ

■ Prima pagina	
Ma i Mmg vogliono davvero essere dei medici dimezzati?	5
■ Contrappunto	
La nostra professione sopravvive nel fango della trincea	6
■ Professione	
• Medici di famiglia tra burocrazia e messaggistica digitale	8
• Basta! Non ci stiamo più ad essere i capri espiatori dei disservizi del Ssn	9
■ Tribuna	
L'opinabile validità dell'accesso allo studio del Mmg per appuntamento	10
■ Indagini	
Con la pandemia è cresciuta la fiducia degli italiani verso le vaccinazioni	12
■ Prospettive	
È allarme sull'accesso alle cure degli italiani: la sanità pubblica è a rischio d'equità	14
■ Congressi	
Le cure primarie al centro della Medicina del Terzo Millennio	16
■ Osservatorio	
La salute nel mondo è un diritto elitario	18
■ Italia sanità	
Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità	20
■ Lettere	
Ipotesi di futuro per i Mmg e la medicina del territorio	22

AGGIORNAMENTI

■ Diabetologia	
Riconoscere l'insufficienza cardiaca nel diabete	24
■ Eco-farmacovigilanza	
Farmaci nell'ambiente e rischi per la salute umana	25
■ Endocrinologia	
Gestione del nodulo benigno sintomatico della tiroide	26
■ Farmacologia	
Effetto drucebo e statine: di chi è la responsabilità?	27
■ Infettivologia	
Monkeypox e infezioni sessualmente trasmesse	28
■ Oncologia	
Esercizio fisico e dieta durante il trattamento del cancro	29

CLINICA E TERAPIA

■ Clinica	
Long covid: evidenze scientifiche e definizione clinico-diagnostica	30
■ Ricerca	
Stato dell'arte degli studi sulla longevità	33
■ Segnalazioni cliniche	
E se fosse il farmaco?	34
■ Medicina narrativa	
C'è cefalea e cefalea	36
■ Pratica medica	
Eczema disidrotico a piedi e mani	38
■ Linee guida	
Vaccinazione anti-Herpes zoster	39
■ Rapporto medico-paziente	
Le parole come atto terapeutico	42
■ Rassegna da Nutrienti e Supplementi	
	43

Ma i Mmg vogliono davvero essere dei medici dimezzati?

Una domanda legittima, vista la prospettiva che avanza inesorabilmente sul futuro e sul ruolo dei Mmg e della Medicina del Territorio. Un interrogativo che attanaglia la professione ed è foriero di appelli e prese di posizioni da parte dei medici di medicina generale che prestano ogni giorno la loro opera sul 'campo'. Ne è un esempio la lettera inviata da **Ornella Mancin**, medico di medicina generale, coordinatrice della medicina di gruppo integrata di Cavarzere (VE), a *Quotidiano Sanità* in cui denuncia la deriva che attraversa la Medicina Generale che, viste le prospettive declinate dal DM 71, esiterà in una perdita definitiva dell'identità professionale.

"In questi giorni - dichiara Mancin a *M.D. Medicinae Doctor* - in Parlamento si sta discutendo del progetto di riforma della Medicina Generale / del Territorio che va sotto il nome di DM 71. Allo stato attuale è quasi certa la sua approvazione che di fatto porterà all'estinzione del medico di famiglia così come l'abbiamo conosciuto. Si prevede infatti che i Mmg dovranno dividere 38 ore settimanali tra il proprio ambulatorio (20 ore) e la Casa della Comunità (18 ore). Di fatto diventeremo dei medici dimezzati, per metà in regime di libera professione e per l'altra subordinati alle direttive delle Asl, quindi sempre più dipendenti, ma senza i benefici che ne deriverebbero, perché continueremo a non godere di ferie e malattie. Un pasticcio giuridico che ci porterà a scomparire come medici di famiglia".

Mancin punta il dito contro la rappresentanza sindacale che, seppure con i vari distinguo, non è riuscita ad incidere come avrebbe dovuto per far valere le istanze che vengono dal mondo della MG. Di fatto le forze sindacali non hanno avuto la capacità, in un momento così cruciale, di recuperare quel gap sempre più evidente tra iscritti e dirigenza sindacale, coinvolgendo la base nella discussione delle sorti della Medicina di Famiglia. L'unico obiettivo che i Mmg al momento si portano a casa è il mantenimento della Convenzione su cui però la categoria non ha una posizione unanime. C'è chi vorrebbe la dipendenza. Ma queste due anime si contrappongono e non riescono a trovare una mediazione che si trasformi in una istanza comune. La divisione, in questo momento di forte fragilità contrattuale dei Mmg, è una debolezza che, per Mancin i medici pagheranno duramente.

"I sindacati di categoria - sottolinea - di fronte a questa prospettiva hanno avuto un approccio tiepido e sono stati a guardare per troppo tempo e solo alla fine hanno preso delle posizioni nettamente contrarie, anche se con molti distinguo. Credo che di fronte all'enormità di quanto si sta legiferando, tutti i sindacati anche con posizioni differenti dovrebbero avere senso di responsabilità per riunirsi e chiedere alla politica un po' di tempo, una moratoria dell'iter politico che sta seguendo il DM 71. Abbiamo bisogno di aprire una discussione interna alla categoria. Si sta decidendo del futuro della Medicina del Territorio senza che chi ne è il perno ne sia stato in qualche modo coinvolto. Ammetto che il mondo sindacale è da tempo lontano dalla base e accetta mal volentieri la discussione interna, ma noi oggi ne abbiamo bisogno come l'aria".

"È necessaria una discussione che parta dal basso - conclude Mancin - non solo per la sopravvivenza dei Mmg, ma anche per fermare la virata verso la privatizzazione del Ssn che è già in atto da tempo. Se le cose andranno avanti come stabilito il territorio diventerà presto terra di conquista di assicurazioni, cooperative e mutue private e il nostro Ssn avrà un volto completamente e strutturalmente diverso. Se non vogliamo questo, dobbiamo darci una mossa e avanzare velocemente delle proposte alternative a questa deriva".

(A.S.)



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Ornella Mancin

La nostra professione sopravvive nel fango della trincea

La desolazione culturale della nostra società si riverbera sulla sanità esprimendosi con teorie e dibattiti sulla riforma del territorio che cercano di dimostrare come ormai sia obsoleta la figura del medico di famiglia, malgrado la Medicina Generale sia stata una fangosa trincea che, comunque, ha tenuto durante la pandemia autogestendosi e contenendo gli errori della politica e del ministero della Salute

Alessandro Chiari - Segretario Regionale Fismu, Emilia-Romagna
Centro Studi Programmazione Sanitaria di Fismu ER

Sin da ragazzo ho sempre amato la musica. Il mondo musicale degli anni '70 ha espresso una serie di gruppi rock italiani che incarnavano delle idee musicali basate su una serie di testi molto avvincenti e poetici. L'altra sera, riflettendo, amaramente sullo stato della mia professione di medico di medicina generale (Mmg), sui progetti e le teorie che si stanno inventando in molti, mi è venuta in mente una frase di una canzone del Banco: *"l'odore dell'in-censo non si sente dalla trincea, il mio vero eroismo comincia qui, da questo fango"*. Pensando a questa frase sono ritornato, con la mente, a tutta la sofferenza professionale inghiottita, da quando il morbo infuria, in questi due anni. Mi ricordo come, allora, pensassi di essere in una sorta di trincea dove per difendermi avevo a disposizione solo armi spuntate e caricatori vuoti e come fossi stato lasciato solo nel mio lavoro di Mmg e si fosse generata l'esigenza di imparare in fretta, tramite una sorta di formazione di (sopravvivenza) sul campo, che salvasse me stesso, la mia segretaria, i miei pazienti e

le persone a me care. Ed invece delle armi per affrontare il cimento ci sono state scaricate una serie sempre maggiore di eredità burocratiche che ci hanno complicato ulteriormente i carichi di lavoro. Come Mmg abbiamo dovuto ricorrere a tutta la nostra esperienza e formazione attingendo anche forse a quelle parti più oscure e sconosciute della nostra professione, 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 sciamanico-religiosi, artistici, letterari o filosofici; ad un elemento ancestrale e romantico, alla filosofia, all'etica e alla morale, discepoli della deontologia Ippocratica o discendenti dalla mitica figura di Asclepio.

► Asclepio e la cura del medico

Ricordiamo che secondo la mitologia greco-romana Asclepio fu quella figura che inventò la "cura del medico", una tecnica di guarigione che gli permetteva di guarire ogni tipo di ferita ed ogni tipo di malattia facendo addirittura risor-

gere i morti. Proprio per questi poteri, simili a quelli di un negromante, ovvero guarire i mali, riportando in vita i morti garantendo una vita straordinariamente lunga, Zeus decise di fulminarlo perché temeva che il particolare potere che Asclepio condivideva e donava agli uomini avrebbe potuto minacciare la fede negli dei, annullando di fatto la sostanziale differenza fra divinità e uomini, ovvero l'immortalità.

► Dalla culla alla morte

Noi crediamo che, di per sé, la nostra professione, per esigenze di sopravvivenza professionale, sia comunque caratterizzata da una quota fisiologicamente necessaria, costituita da una certa sensazione di onnipotenza, finalizzata all'espletamento efficace della professione stessa, che ci permette di assumerci quel rischio decisionale, essenziale per essere un buon medico, ma che però, normalmente, viene modulata da un limite etico, deontologico, umano e morale dove comunque deve essere necessaria anche una quota di dubbio sul nostro operato.

Per fare un buon medico ci vogliono anni di studio continuo e di esperienza clinica. Tutti Noi nella nostra diversa grandezza, nostro malgrado, siamo, purtroppo o per fortuna, seguendo una caratteristica personale, angeli della vita o della morte, fino ad arrivare a figure come il dottor Josef Mengele, laureato in antropologia e in Medicina, che divenne tristemente famoso per i crudeli esperimenti medici e di eugenetica che svolse, usando cavie umane nel campo di concentramento di Auschwitz. La sua figura mantiene tuttora una sinistra notorietà, quale esempio di negazione dei principi stessi della Medicina. Ma qui ci si dovrebbe chiedere cosa possa trasformare gli uomini in mostri privi di scrupoli: il potere, la gloria, la ricchezza, il fanatismo, l'ubbidienza, la convinzione, la convenienza, il terrore o tutto questo messo insieme o forse, più semplicemente, la morte della coscienza. Invidia, presunzione e superbia, non sono solo espressione di pazzia, ma possono creare mostri molto meno famosi e non per questo meno efficaci che con il loro agire quotidiano uccidono elegantemente (non spargendo sangue) idee, coscienze, carriere, per affermare interessi personali, con apparente soffismo e con stile impeccabile. *Medice cure te ipsum*, viene detto nel Vangelo di Luca. Qualche importante studioso della storia della Medicina ci suggerirebbe, semplicemente, di riappropriarci della nostra storicità di medici, tornando ad essere umili, scacciando la superbia dalle nostre menti (soprattutto i giovani devono avere questo senso del limite), forse anche recuperando la dimensione antropologica del ruolo del medico incarnata da quella tradizione illumina-

nata e sociale che vedeva il medico condotto del rinascimento assistere il paziente dalla culla alla morte.

► Progetti, teorie e decreti

Le teorie bizzarre, create da alcune figure decisionali, espresse nel DM71, se, prima o poi, attuate, finiranno per distruggere la potenzialità e l'efficacia della medicina territoriale. In ogni caso per riformare il Ssn non ci si può illudere di riformare solo la medicina territoriale ma tutto il sistema, senza dimenticare che ormai è una professione al femminile, il che non è solo un particolare. Inoltre la politica soffoca la clinica, pensando più a creare strutture che abbiano un profilo visibile e vendibile dal punto di vista elettorale piuttosto che una struttura efficace che si basi su professionisti, sfruttando figure paramediche, per comodità ed esigenze elettorali. Poi ci si domanda come mai chi può fuggire dalla Medicina Generale, tramite pensionamento anticipato, o come fanno i giovani, anche per uno *shock* creato da eccessivi carichi di lavoro, soprattutto burocratico. Ma il momento più amaro è quello in cui ti rendi conto che tutto quello che hai fatto per contrastare la pandemia non solamente non è stato compreso, ma addirittura viene rivoltato contro te stesso. Nonostante la produzione di futuristici, ma inconsistenti, DM71, alla prova dei fatti, non vedremo un bel nulla a potenziamento del territorio e chi ci rimetterà saremo sempre noi Mmg, i soliti professionisti di trincea e con noi i cittadini. Impressionante, tanto da diventare incredibile nella sua realizzazione (l'avanzamento del Pnrr sarà condizionato dalla guerra in atto), sono le 1.350 Case della Co-

munità (fino a sei mesi orsono Case della Salute), previste che entrano, concettualmente, immediatamente in contraddizione con i 400 Ospedali di Comunità programmati. Questi ultimi, come minimo, dovrebbero modificare subito la loro definizione altrimenti emergerebbe un ossimoro clamoroso ed emblematico (non saranno mai di comunità, ma al massimo di territorio dovendo ricoprire, secondo i numeri annunciati, aree molto più ampie di quelle che vengono comunemente indicata come "territori di comunità") e quindi, da questo punto di vista la prossimità si palesa come una bella canagliata.

► Demotivati e frustrati

La responsabilità clinica è l'espressione con la quale si invita qualcuno a rendere conto del proprio operato, della gestione di qualcosa; le professioni paramediche sono da tempo, all'assalto di un posto in prima classe sul treno delle cure primarie, ma chi rimane responsabile è il medico. Se noi vediamo in questo un brutto film, la domanda è: che film hanno visto alcuni sedicenti addetti ai lavori? E qui parlo di decisori, del ministero e del suo supremo Sacerdote, espressione politica e non sanitaria. Ricordiamoci della lunga fila di croci sotto le quali riposano ancora tormentati i Colleghi vittime del Covid. Io sono un medico pentito: la mia motivazione è zero, la soddisfazione professionale sottoterra. Se poi considerassimo la questione economica, pensando al carico fiscale (60%) dove il nostro stipendio è solamente una partita di giro con cui paghiamo noi, come professionisti, gli errori fatti dalla politica. Ogni limite è stato superato.

Medici di famiglia tra burocrazia e messaggistica digitale

Oltre all'aumento dei propri compiti amministrativi e burocratici il medico di medicina generale è costretto a fare i conti anche con aumento massiccio delle richieste dei pazienti attraverso email e vecchie e nuove App di comunicazione digitale

I Mmg rimane molto interessato alle opportunità che le tecnologie digitali possono offrirgli anche se, negli ultimi mesi, è stato esposto ad un utilizzo massiccio, ma spesso disordinato e caotico, di nuove modalità di comunicazione con il paziente. È quanto emerge da un'indagine condotta dal Centro Studi della Fimmg su un campione nazionale di circa 400 medici di medicina generale in collaborazione con l'Osservatorio Sanità Digitale della *School of Management* del Politecnico di Milano nell'ambito della ricerca annuale sull'utilizzo della sanità digitale, presentata a Milano.

L'indagine si è focalizzata sugli strumenti digitali per la comunicazione con pazienti, sulla Telemedicina, sulle App per il paziente e sulle competenze digitali dei professionisti.

Un dato rilevante emerge relativamente agli strumenti digitali utilizzati per la comunicazione con pazienti: a fronte del 97% dei Mmg che ha utilizzato l'e-mail nell'ultimo anno, la percentuale di chi è interessato a utilizzare questo strumento in futuro scende al 77%; analogamente rispetto al 79% dei Mmg che riferisce di aver utilizzato *WhatsApp* sempre nell'ultimo anno, solo un 46% dice di essere disposto ad utilizzarlo successivamente.

Di forte interesse anche alcuni ser-

vizi innovativi: il 70% del campione vorrebbe aver disponibili strumenti per invii massivi di messaggi a popolazioni di assistiti selezionati per parametri (clinico-assistenziali, anagrafici, ...). Il 64% ritiene interessante aver disponibile una risorsa tecnologica per consentire la prenotazione online da parte dei pazienti presso il proprio studio per visite, vaccinazioni, prestazioni diagnostiche. Il 57% crede che sarebbe utile/molto utile avere disponibili strumenti che permettono la divulgazione di informazioni organizzative e sanitarie presso la sala d'attesa del proprio studio.

► La Telemedicina

Nel 2021 l'utilizzo della Telemedicina da parte dei Mmg è calato significativamente, anche se superiore rispetto al pre-pandemia: ad esempio il 23% ha utilizzato soluzioni di Telemonitoraggio dei pazienti su alcuni parametri, a fronte del 43% rilevato durante il primo anno di emergenza e il 13% del pre-pandemia. Allo stesso tempo il 20% ha utilizzato servizi di Televisita (la metà rispetto a quanto fatto durante l'emergenza e il doppio rispetto al periodo pre-pandemia). Rimane comunque elevato l'interesse verso questo tipo di soluzioni, che supera in molti casi il 50%. In progressiva e costante crescita sono anche le percentuali di chi, nell'ulti-

mo anno, ha utilizzato tecnologia diagnostica in studio.

I medici sembrano apprezzare anche le App per il monitoraggio della salute e dello stile di vita dei pazienti: le maggiormente consigliate sono quelle per tenere sotto controllo i parametri clinici (frequenza cardiaca, pressione, glicemia, temperatura, ecc.) già consigliate dal 45% del campione e quelle per stimolare l'adesione ai corretti stili di vita (consigliata dal 36% del campione).

“Da questi dati sembra emergere l'immagine di una professione che in questo momento sta subendo, a motivo delle necessità determinatesi durante la pandemia, le conseguenze di un uso eccessivamente pervasivo e ancora fuori controllo dei sistemi di contattabilità del medico - ha affermato **Paolo Misericordia**, responsabile del Centro Studi Fimmg - con il rischio di farlo allontanare da questi strumenti. Dovremo impegnarci per riportare queste risorse ad un utilizzo corretto ed appropriato. Su tanti strumenti tecnologici su cui si continua ad evidenziare una notevole dichiarazione di interesse dei professionisti, a fronte di dati di utilizzo attuale ancora bassi, sembra invece che non siano state messe a punto le offerte più attrattive e i modelli di organizzazione e di implementazione nel loro uso più adeguati al setting operativo del Mmg”.

Basta! Non ci stiamo più ad essere i capri espiatori dei disservizi del Ssn

Ancora una volta sul sovraffollamento dei Pronto Soccorso, tema, in questi mesi, al centro delle cronache locali e nazionali, i medici di famiglia sono stati additati come parte in causa di accessi impropri. Ma questa volta hanno fatto sentire forte e chiara la voce di protesta

// Ormai da più di 2 anni viviamo il nostro 'Cardarelli' quotidiano, ma senza fondi e in assoluta solitudine". A lanciare un allarme sulle condizioni di una medicina del territorio ormai strangolata da tagli e carenze sono **Luigi Sparano** segretario provinciale Fimmg Napoli e **Corrado Calamaro** segretario Amministrativo Fimmg Napoli. "Le immagini del Ps del Cardarelli - spiega Corrado Calamaro - sono immagini che fanno male al cuore, ma fa ancora più male conoscere ciò che non si vede sui giornali o alla televisione. Parlo delle difficoltà che ogni giorno centinaia di medici di famiglia vivono nel tentativo di dare risposta alle migliaia di chiamate, richieste di adempimenti burocratici e visite che arrivano dal territorio. Chi attacca la medicina di famiglia dovrebbe riflettere sul fatto che 200 accessi di Ps mandano in tilt un ospedale come il Cardarelli, mentre per noi Mmg 200 richieste di assistenza sono la normalità quotidiana". Dalla Fimmg di Napoli si leva dunque un allarme sulla mancanza di programmazione e di finanziamenti per la medicina del territorio. "Si finanziano tecnologie e strutture ospedaliere - lamenta Luigi Sparano - creando un cortocircuito assistenziale che

è sotto gli occhi di tutti. Per ogni 100 medici di famiglia sono finanziati sul nostro territorio appena il 15% degli infermieri, e solo il 60% dei Mmg ha modo di avvalersi di un collaboratore di studio".

"Ad oggi - concludono Sparano e Calamaro - la medicina di famiglia è divenuta capro espiatorio di una gestione della sanità che è sempre più ragionieristica e sempre meno tarata sui reali bisogni assistenziali. Al di là di proclami e retorica si è fatto molto poco o quasi nulla. Se si mettessero i Mmg in condizione di fare al meglio il proprio lavoro, scene come quelle del Cardarelli non esisterebbero neanche".

► La lettera aperta dello Smi

Anche gli esponenti dello Smi sono scesi in campo, contrastando ormai quella che è diventata una prassi comune: additare i Mmg come causa principale di ogni inefficienza del Ssn. **Ernesto Esposito**, segretario provinciale Smi Napoli e **Antonio Scalzullo**, Direzione Nazionale Smi, hanno preso carta e penna e hanno scritto una lettera aperta in cui hanno asserito forte e chiaro che i medici di famiglia non ci stanno ad essere il capro espiatorio della crisi del Pronto soccorso".

"Esprimiamo sconcerto per alcune critiche ai Mmg apparse sulla stampa locale - si legge nella missiva - in seguito al sovraffollamento del Pronto Soccorso del Cardarelli di Napoli. La MG è in prima linea quotidianamente ed ha pagato il più alto tributo di medici morti durante la pandemia sia a livello Regionale che Nazionale. Non abbiamo ferie e malattia diversamente dai medici ospedalieri e specialisti ambulatoriali convenzionati e non ci è riconosciuto l'infortunio professionale Inail a seguito di infezione da Covid 19. Le cause del sovraffollamento del PS del Cardarelli di Napoli, a cui affluiscono cittadini provenienti da tutta la Campania, sono da ricercare altrove, ma non certamente nella MG che da circa tre anni a Napoli e Provincia lavora ininterrottamente 12 ore al giorno visitando centinaia di pazienti al giorno con accessi in studio molto più alti del PS perché effettuati da un solo medico nell'arco delle 12 ore. Invitiamo, per il futuro, a voler valutare prima i numeri degli accessi presso gli ambulatori dei medici di medicina generale che risultano sulle piattaforme informatiche e poi eventualmente, dati alla mano, esprimere una opinione".

L'opinabile validità dell'accesso allo studio del Mmg per appuntamento

Tale sistema, tranne in alcune situazioni eccezionali, è la negazione stessa di una delle peculiarità che deve avere la MG e del fondamento della alleanza diagnostico-terapeutica indispensabile per il successo del rapporto medico-paziente. E questa particolarità è l'erogazione dell'assistenza sanitaria di base in tempo reale. *Hic et nunc!*

Vincenzo Giordano*

Sulla base della mia ultraquarantennale esperienza di medico di famiglia, che ha sempre operato favorendo l'accesso libero e diretto dell'assistito all'ambulatorio, credo di avere il diritto, persino il dovere, di fare alcune considerazioni sulla modalità di accesso "per appuntamento". Secondo me, nello scenario della Medicina Generale, tale sistema è una contraddizione in termini perché:

- introduce una barriera operativa e psicologica tra l'assistito e il suo medico di fiducia;
- si pone come un macigno insuperabile sulla strada che porterebbe a un più corretto utilizzo da parte dei pazienti del PS e dei Servizi di CA (migliorando così i rapporti, ora ovunque piuttosto tesi, con i Colleghi impegnati nelle loro specifiche mansioni ed evitando di distoglierli con problemi che, in prima istanza, deve affrontare il Mmg);

- rarefà, introducendo molti elementi di aleatorietà, le occasioni di incontro con l'assistito, indispensabili per le attività di Medicina Preventiva, di Medicina di Iniziativa e, in generale, per una più approfondita conoscenza degli aspetti lavorativi, familiari, socio-ambientali e psicologici inerenti all'assistito;

- mina fortemente la figura del Mmg come professionista "centrale" nell'assistenza sanitaria, perché impedisce, o almeno ostacola, quella conoscenza longitudinale del paziente e della sua famiglia, sovente lunga decenni, che fino a qualche tempo fa era appannaggio e vanto della nostra professione;

- fa pesare, sull'assistito, ulteriori adempimenti burocratici (quelli connessi al prendere l'appuntamento) in una professione i cui esercenti - giustamente - ne lamentano in tutte le occasioni il peso opprimente (e per i professionisti e per i pazienti);

- non dà, o almeno non lo dà sempre, neppure quel piccolo vantaggio che intrinsecamente promette: di essere ricevuti esattamente all'orario prenotato. Il più delle volte si attende comunque ben oltre tale orario.

Il sistema "per appuntamento" (eccezzuate le situazioni eccezionali,

come la recente ondata pandemica durante la quale, probabilmente, non si poteva fare diversamente!), è la negazione stessa di una delle peculiarità che deve avere la Medicina di Famiglia e del fondamento della alleanza diagnostico-terapeutica indispensabile per il successo del rapporto medico-paziente. E questa particolarità è l'erogazione dell'assistenza sanitaria di base in tempo reale. *Hic et nunc!*

► L'esperienza insegna

Non si possono capire le difficoltà che comporta per il paziente il sistema "per appuntamento" se non lo si è sperimentato personalmente: "Oggi ho la febbre, o il mal di pancia, o la cefalea, o un insopportabile lombalgia. Oggi ho un dubbio di carattere sanitario e ho bisogno di un consiglio medico. Aspetterò il mio turno un'ora o due? Bene! Leggerò una delle riviste abbondantemente disponibili in sala di attesa o farò qualche chiacchiera con le altre persone presenti, ecc. ma sarò ricevuto e visitato e consigliato oggi che ho bisogno!". Non fra tre, dieci giorni o due settimane quando, presa inappropriatamente la via del PS o della CA o della costosa assistenza medica privata avrò trovato una qualche, magari

*Medico di Medicina Generale dal Novembre 1975 alla fine del 2016 nel Comune di Modigliana, ambito Territoriale Modigliana-Tredozio (FC - AUSL ROMAGNA), partecipe delle (allora) più avanzate modalità di erogazione dei Servizi Sanitari di Base (Medicina di gruppo, Country Hospital - poi Ospedale di Comunità - Casa della Salute)

parziale e non pertinente, 'soluzione casalinga'.

Tali considerazioni mi derivano anche dalla mia personale esperienza come paziente e dalla valutazione di vicende riferitemi da conoscenti, amici, parenti: faticosi *slalom* fra impersonali segreterie telefoniche e segretarie più o meno preparate a gestire a distanza un servizio così delicato; "messaggi in bottiglia" speranzosamente affidati alle perigliose onde di WA o delle mail; il molto, troppo, tempo perso inutilmente.

La "scrematura" dell'accesso alla visita ambulatoriale dovrebbe essere fatta in loco dall'infermiera, in ambiente a ciò dedicato. Accoglie il cittadino e ne valuta e classifica le richieste, dalla semplice ripetizione di ricette per una terapia cronica al rilievo e annotazione dei valori di PA e dei dati antropometrici, alle piccole medicazioni. Tutte situazioni gestibili e risolvibili da questo operatore sanitario.

Gli altri assistiti dovrebbero poter accedere alla visita medica, per ordine di arrivo, nel giorno in cui ne hanno bisogno.

Il Medico di Famiglia è ancora (ma fino a quando, se non si cambia passo?) un libero professionista e pertanto le Autorità Sanitarie Centrali/Regionali non possono e non devono imporgli un *modus operandi* invece che un altro.

Non sono contro il sistema per appuntamento *sic et simpliciter*: sono contro questo sistema nei casi in cui diventi un peso burocratico in più per il medico e una barriera difficile o impossibile da superare per l'assistito. E le mie considerazioni hanno un carattere generale, che magari trova molteplici eccezioni nell'ottima operatività professionale di tanti Colleghi che prediligono questo metodo e che pure soddi-



sfa ampiamente i loro assistiti. Lungi da me ogni atteggiamento polemico, desidero solo porre interrogativi, spunti di riflessione.

► Proposte

Secondo me dovrebbe intanto essere eliminato dal prossimo ACN il paragrafo che privilegia, ed enfatizza, come modalità di accesso consigliata dalla Parte Pubblica, quella per appuntamento e introdotta, invece, la possibilità, con adeguati incentivi, di mantenere, o di passare, al modello "diretto e libero".

Perché gli incentivi? Perché quanto di buono 'guadagna' il cittadino-assistito lo 'perde' il Mmg in termini di flessibilità degli orari di lavoro, che riducono il tempo libero a disposizione del medico, soprattutto nei periodi di maggiore afflusso di assistiti con un impegno lavorativo settimanale circa doppio rispetto a quello minimo richiesto dalla AUSL per un determinato numero di assistiti. Il Mmg che riceve con accesso libero e diretto, affinché questa modalità sia efficace ed efficiente, conservando la necessaria professionalità, deve sobbarcarsi un ambulatorio ben più lungo di quello, contingentato, fisso e prevedibile, possibile con la modalità "per appuntamento" e lavorare con ritmi più rapidi.

È il momento per il medico di famiglia, di decidere se intende prendersi cura del cittadino-persona o

dell'utente-numero, se intende, o meno, recuperare seriamente la tanto esaltata (a parole, senza fatti concreti, finora) centralità nel Sistema delle Cure Sanitarie di Base, se ne ha, o meno, la forza la capacità la volontà. E per le Autorità Sanitarie di ogni livello, di dichiarare, con sincerità, se ritengono il sistema 'per appuntamento' compatibile con l'inderogabile necessità di ripristinare il Mmg-filtro che riduca al minimo possibile, per quanto compete al suo ruolo, l'inappropriato, cronico, spesso paralizzante, intasamento dei Pronto Soccorso (soprattutto nelle città più grandi) e della Guardia Medica.

► La nostra professione è a rischio

Ho a cuore le sorti della professione che ho esercitato e mi spiace vedere tante nuvole scure accumularsi sul futuro di essa, a causa della sua attuale debolezza. Se non difendiamo noi, Colleghi!, le peculiarità del nostro lavoro (rimboccandoci le maniche, accettando e vincendo le sfide tecnologiche digitali che il progresso - e il Pnrr - ci impongono; ma anche tornando al passato, per quegli aspetti di Umanesimo e di umanità che ci hanno reso, per decenni, prima ancora che medici, amici e confidenti dei nostri assistiti) temo (e già se ne vedono i prodromi in qualche Regione del Nord Italia) che potremo essere nei prossimi anni sostituiti da altre, meno costose, figure professionali. Invito i Sindacati della Medicina Generale, in particolare la Fimmg cui sono stato iscritto durante tutta la mia carriera, a riflettere sulle considerazioni qui presentate e sullo spirito che le anima. Che è quello di chi ha a cuore le sorti di una professione difficile ma bellissima.

Con la pandemia è cresciuta la fiducia degli italiani verso le vaccinazioni

Il 92% ritiene che i vaccini sono uno strumento sanitario sicuro ed efficace per contrastare le malattie infettive. A rilevare ciò la survey realizzata da The European House - Ambrosetti e dal Centro Interdipartimentale per l'Etica e l'Integrità nella Ricerca del CNR in collaborazione con SWG sul livello di fiducia degli italiani nei confronti dei vaccini

Emergono messaggi incoraggianti dalla *survey* realizzata da The European House - Ambrosetti e dal Centro Interdipartimentale per l'Etica e l'Integrità nella Ricerca del CNR in collaborazione con SWG sul livello di fiducia degli italiani nei confronti dei vaccini. Su un campione di 2.000 cittadini intervistati, il 92% ritiene che i vaccini sono uno strumento sanitario sicuro ed efficace per contrastare le malattie infettive e che per il 33% degli intervistati il livello di fiducia durante la pandemia è aumentato, soprattutto negli uomini, nelle Regioni del Sud e tra la generazione Z.

La *survey* è stata presentata nel corso di un evento realizzato da The European House - Ambrosetti con il contributo non condizionante di Pfizer a Roma. Segnali positivi anche in vista della ripresa della campagna vaccinale anti-Covid nel prossimo autunno: il 77% si dichiara favorevole alla quarta dose della vaccinazione anti-Covid-19 il prossimo autunno e il 17% di chi non si è ancora vaccinato si mostra aperto a farlo. Incoraggianti anche i dati sulla vaccinazione antinfluenzale con il 95% dei soggetti che si è vaccinato nell'ultima stagione che si dichiara favorevole a ripetere la somministrazione.

È emerso anche come l'88% degli intervistati si senta informato sui

vaccini, prediligendo come fonti informative il proprio medico di fiducia, il parere degli scienziati e i siti web istituzionali; i canali di informazione informali, quali amici e parenti e social media/forum/blog, restano le fonti più usate da chi è più scettico nei confronti delle vaccinazioni.

► La conoscenza sui vaccini obbligatori

Buona la conoscenza delle vaccinazioni obbligatorie, scarsa quella relativa agli altri vaccini raccomandati: il 98% degli intervistati dice di essere a conoscenza dell'esistenza di vaccinazioni obbligatorie nell'età pediatrica ma solo il 76% ne ricorda almeno alcuni, valori che scendono rispettivamente al 94% e al 63% per le vaccinazioni raccomandate nell'infanzia. In entrambi i casi, tra i più informati rientrano le persone con figli minorenni e le donne. La legge sull'obbligatorietà dei vaccini per la fascia 0-16 anni e le numerose iniziative di sensibilizzazione realizzate, hanno certamente contribuito ad aumentare il livello di conoscenza delle vaccinazioni pediatriche con conseguenti tassi di copertura che, seppur in diminuzione durante la pandemia, si attestano su valori superiori al 90%.

Diversa la situazione delle vaccinazioni dell'età adolescenziale e

dell'età adulta. Solo il 34% degli intervistati ha dichiarato di essersi vaccinato contro il papilloma virus (nella fascia d'età 18-30 anni), solo il 28% contro lo pneumococco (nella fascia d'età 60-70 anni), solo l'11% contro l'herpes zoster (nella fascia d'età 60-70 anni).

“La *survey* fornisce alcune indicazioni importanti sulle leve su cui agire per migliorare la conoscenza e, di conseguenza la fiducia, dei cittadini verso la prevenzione vaccinale. afferma **Daniela Bianco** - Partner e Responsabile dell'Area Healthcare di The European House - Ambrosetti. Inoltre, 1 su 2 tra gli esitanti e contrari ad alcune vaccinazioni come quella anti-pneumococcica, anti-herpes-zoster e anti-papilloma virus si dichiara disponibile a saperne di più prima di poter decidere. Emerge quindi la necessità di aumentare gli sforzi nella comunicazione per incrementare il livello di conoscenza dei cittadini anche su queste vaccinazioni”.

L'83% degli intervistati dichiara di conoscere persone che esitano o rifiutano di vaccinarsi: se il 26% esita o rifiuta di vaccinarsi per tutti i vaccini in generale, il 57% lo è solo in riferimento al vaccino anti-Covid-19. I freni alla vaccinazione percepiti sono essenzialmente: il timore di rischi per la salute e le lacune informative (informazioni non cor-

rette o mancanti). Anche tra i soggetti che hanno dichiarato di non ritenere i vaccini sicuri ed efficaci e i non vaccinati contro il Covid-19, il timore legato alla sicurezza si conferma la motivazione principale per la non vaccinazione, seguita dai dubbi relativi alle sperimentazioni.

► L'importanza del rapporto con il Mmg

Tra gli strumenti che, a detta degli stessi cittadini, possono contribuire ad aumentare il livello di fiducia nei confronti dei programmi di vaccinazione, figurano un maggior dialogo con il proprio medico o farmacista di fiducia, una maggiore trasparenza delle Istituzioni che si occupano di salute e campagne di informazione più frequenti da parte delle Istituzioni sanitarie; maggior dialogo e miglior informazione sono giudicati gli strumenti più efficaci anche per far cambiare idea alle persone che esitano o rifiutano di vaccinarsi.

Anche l'aumento del punti di somministrazione delle vaccinazioni consente di avvicinare maggiormente i cittadini alla prevenzione vaccinale: soprattutto le farmacie ma anche i luoghi di studio e di lavoro, sono quelli maggiormente apprezzati; anche tra chi è meno favorevole ai vaccini o non si è vaccinato contro il Covid-19, la farmacia è un luogo ritenuto appropriato per la somministrazione dei vaccini (figura 1).

“Il 55% degli intervistati apre anche agli incentivi economici, in *primis* *check up* ed esami medici gratuiti e i bonus per palestre e centri sportivi, strumenti che oltre a incrementare il livello di fiducia dei cittadini hanno anche un ruolo di attivazione dell'attività economica”, afferma **Andrea Grignolio**, Responsabile del Vaccine Hesitancy Forum del Centro Interdipartimentale per l'Etica e l'Integrità nella Ricerca del CNR. “Si tratta



di strumenti propositivi volti ad ottenere una maggiore adesione vaccinale che potrebbero affiancarsi a quelli già in uso come i disincentivi e le penalizzazioni e che allineerebbero le politiche vaccinali italiane a quelle promosse da molti altri Paesi”.

In sintesi il quadro che emerge dall'indagine suggerisce che la fiducia degli italiani verso le vaccinazioni è migliorata dopo la pandemia da Covid. Tuttavia, anche tra i vaccinati, emergono alcuni elementi di perplessità che è necessario affrontare in modo puntuale e mirato. Sono anche emersi chiaramente alcuni am-

biti di intervento importanti per rispondere alle richieste dei cittadini: dalle modalità organizzative dei servizi di vaccinazione e contenuti e canali di comunicazione specifici a strumenti di incentivazione e di *engagement* che sono leve fondamentali per aumentare la fiducia verso le attività di prevenzione vaccinale.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF dei risultati della survey

È allarme sull'accesso alle cure degli italiani: la sanità pubblica è a rischio d'equità

“I maggiori finanziamenti messi sinora sul piatto potrebbero non essere sufficienti per aumentare come servirebbe l'accesso alle cure dei cittadini, ridurre le liste di attesa, contrastare le disuguaglianze e mettere a terra le riforme, a partire da quella della nuova sanità territoriale - ha dichiarato Tonino Aceti, Presidente di Salutequità - Serve un sistema di controllo e verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nelle Regioni più forte e dinamico rispetto a quello attuale”

/// Alla sanità pubblica vanno 124 miliardi nel 2022, ma il nuovo sistema nazionale di controllo e verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) nelle Regioni ha troppe 'falle', che se non corrette subito faranno aumentare le disuguaglianze e renderanno sempre meno esigibile il Diritto alla Salute”. Questo il grido d'allarme lanciato da Salutequità, che fa un'accurata analisi della situazione inerente ai Livelli Essenziali di Assistenza. Rispetto al vecchio sistema (Griglia Lea con 34 indicatori), il Nuovo Sistema di Garanzia dei Lea ha 12 indicatori “Core” di monitoraggio in meno, tutti approvati prima della Pandemia e del Pnrr, quindi inadeguati alle attuali sfide che attendono il Ssn e i diritti dei pazienti. Nessun indicatore (core) ad esempio su PDTA, Telemedicina, farmaci innovativi, aderenza terapeutica, Pronto Soccorso, intramoenia, malattie rare, equità sociale, recupero cure mancate e solo un indicatore su liste di attesa. Manca un sistema di aggiornamento agile, flessibile e dinamico degli indicatori di monito-

raggio e la pubblicazione dei dati 2020 è già in ritardo di sei mesi rispetto alla scadenza prevista al 31 dicembre 2021.

Tutto questo in un quadro in cui il monitoraggio e la verifica hanno più valore che mai: in due anni di pandemia cresce la rinuncia alle cure, sono saltate visite ed esami anche per i malati cronici e peggiora l'aderenza terapeutica ai trattamenti. Nel 2021, secondo l'ultimo Rapporto BES dell'Istat, è quasi raddoppiata rispetto al 2019 la percentuale di chi ha rinunciato alle cure: dal 6,3% del 2019 si è passati all'11% del 2021. Tra le Regioni con più alta rinuncia alle cure vi è la Sardegna (18,3%), l'Abruzzo (13,8%), il Molise e il Lazio (13,2%). Parallelamente, secondo l'ultimo Report consumi dell'Istat, nel 2021 aumentano anche le spese sanitarie a carico delle famiglie, attestandosi a 118 euro al mese con un +9% rispetto al 2020.

La pandemia e le cronicità. Secondo il Rapporto Annuale 2021 dell'Istat, infatti, nel 2020 sono saltate rispetto al 2019 quasi 1/3 delle visite di controllo e prime visite volte ad impostare il Piano terapeutico. A risentirne subito è

stata l'aderenza terapeutica: secondo il Rapporto Osmed 2020 dell'Aifa, è ad esempio aumentata la percentuale di persone con bassa aderenza al trattamento con farmaci per l'ipertensione e lo scompenso cardiaco, attestandosi nel 2020 al 18,1% (variazione di +2 punti percentuale rispetto al 2019). La bassa aderenza tende ad aumentare con l'età e comunque presenta valori più critici al Sud e al Centro. Contestualmente il Governo ha incrementato le risorse per il Servizio Sanitario Nazionale portandole da oltre 114 miliardi del 2019 a circa 124 nel 2022 e 128 nel 2024, e potrà contare su 18,5 miliardi aggiuntivi del Pnrr attraverso i quali realizzerà investimenti e riforme.

► Un nuovo sistema di controllo e verifica

“I maggiori finanziamenti messi sinora sul piatto potrebbero però non essere sufficienti per aumentare come servirebbe l'accesso alle cure dei cittadini, ridurre le liste di attesa, contrastare le disuguaglianze e mettere a terra le riforme, a partire da quella della nuova sanità territoriale” ha di-

La 'Gap Analysis per l'Equità nel Nuovo Sistema di Garanzia dei Lea' di Salutequità

1. Nuovi indicatori "Core" da integrare nel NSG dei Lea

- Rispetto alla vecchia Griglia Lea 2019 ci sono ben 12 indicatori in meno.

Andrebbero messi a punto/rafforzati indicatori ad hoc su:

- attuazione Piano Nazionale della Cronicità, con particolare riguardo al sistema di stratificazione della popolazione (oggi nessun indicatore previsto), aderenza terapeutica e PDTA (oggi indicatore No Core);
- qualità e accessibilità dell'assistenza primaria (oggi nessun indicatore previsto);
- equità di accesso alla telemedicina e completezza/utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (oggi nessun indicatore previsto);
- pieno e tempestivo accesso ai farmaci innovativi (oggi nessun indicatore previsto);
- qualità dell'Assistenza Domiciliare Integrata (oggi nessun indicatore previsto);
- rispetto norme liste di attesa (oggi 1 solo indicatore previsto) e recupero delle cure mancate a causa del Covid (oggi nessun indicatore previsto);
- attuazione e rispetto del Decreto sugli standard dell'assistenza territoriale (DM 71) a partire dagli standard dell'infermiere di famiglia e di comunità (IFEC), all'ulteriore personale infermieristico, medico e delle altre professioni coinvolte (oggi nessun indicatore previsto);
- accessibilità, qualità e sicurezza delle cure all'interno dei Pronto Soccorso (oggi nessun indicatore previsto);
- qualità, accessibilità ed equità dell'assistenza garantita alle persone con malattie rare (oggi nessun indicatore previsto);
- umanizzazione (oggi nessun indicatore previsto) e sicurezza delle cure (Legge Gelli/Bianco);
- rispetto delle norme relative alla regolamentazione dell'intramoenia (oggi nessun indicatore previsto);
- equità sociale attraverso il tasso di rinuncia alle cure (ora indicatore No Core);

2. Modalità di aggiornamento degli Indicatori

È necessario prevedere un sistema di aggiornamento agile, flessibile e dinamico degli indicatori di monitoraggio. Ad oggi invece è prevista l'adozione di un nuovo Decreto. Inoltre, il Comitato Lea dovrebbe essere integrato con la partecipazione di componenti laici.

3. Accountability

È necessario garantire il rispetto della tempistica di pubblicazione dei dati.

Entro il 31 dicembre 2021 dovevano essere pubblicati i dati relativi alla valutazione 2020. Invece ad oggi sono pubblicati solo i dati 2019. Sarebbe particolarmente utile pubblicare anche i contenuti dei processi di audit con le Regioni e i relativi percorsi di miglioramento dei Lea, i Piani di potenziamento del 'Lea critico' nonché gli interventi di competenza del Ministro adottati in caso di inerzia o di mancato raggiungimento degli obiettivi di miglioramento.

chiarato **Tonino Aceti**, Presidente di Salutequità. "Serve un sistema di controllo e verifica dell'erogazione dei Lea nelle Regioni - ha precisato - più forte e dinamico rispetto a quello attuale, in grado di cogliere molto meglio le reali difficoltà che ogni giorno incontrano i cittadini in tutti gli ambiti dell'assistenza, poter intervenire con misure più mirate di potenziamento dei Lea, spingere in tutte le Regioni l'attuazione concreta della programmazione nazionale e delle riforme, così da utilizzare al meglio tutte le risorse stanziare. Il Nuovo Sistema di garanzia dei Lea entrato in vigore il 1° gennaio 2020 è già vecchio e va subito ammodernato, come peraltro previsto dal Patto per la Salute 2019-2021. Inoltre, un suo rafforzamento darebbe al Ministero della Salute anche la possibilità di esercitare in modo più incisivo le sue competenze a garanzia dell'unitarietà del Ssn e dell'esigibilità dei Lea in tutte le Regioni. Ministero della Salute, MEF e Regioni aprano subito un tavolo". Per questo Salutequità ha lavorato ad una 'Gap Analysis per l'Equità nel Nuovo Sistema di Garanzia dei Lea', realizzata grazie al contributo non condizionato del Gruppo Servier in Italia e presentata a Roma nel corso di un seminario nazionale di confronto alla presenza di molteplici esperti e decisori, con l'obiettivo di contribuire con idee costruttive al cambiamento che serve al Paese".



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF "Gap Analysis per l'Equità nel Nuovo Sistema di Garanzia dei Lea"

Le cure primarie al centro della Medicina del Terzo Millennio

“Il Mmg rappresenta il primo, fondamentale, riferimento per la gestione appropriata del rischio globale poiché in grado di applicare il modello biopsicosociale come strategia fondante di approccio al paziente”. Un messaggio forte e chiaro che è stato lanciato nel recente convegno “Medicina del III millennio: tecnologia, comunicazione e gestione del rischio globale”, svoltosi di recente a Pozzuoli (NA)

Sono state sviluppate tematiche di grande interesse nel recente incontro di Pozzuoli, presso l’Hotel Neronesin, sulla “Medicina del III millennio: tecnologia, comunicazione e gestione del rischio globale”. Il Convegno è stato organizzato dalla D.ssa **Antonella Cicale**, segretaria Medici senza Carriere e dalla D.ssa **Carla Bruscelli**, medico di medicina generale (RM) e responsabile della comunicazione RAI Medicina Generale.

Significativo il messaggio inviato al convegno dal presidente dell’Ordine dei Medici **Bruno Zuccarelli** secondo cui se al centro della Medicina del III millennio ci deve essere la medicina di prossimità, lo stile di vita, la presa in carico del paziente c’è la necessità di “un’integrazione reale di tutti noi colleghi per dare risposte ai cittadini. Noi medici dobbiamo lavorare molto sulla comunicazione medico-paziente”.

Per il presidente dell’Ordine dei Medici di Napoli la telemedicina ha “opportunità infinite, ma dobbiamo ricordare che è l’uomo che deve governare l’intelligenza artificiale”. “Il medico di medicina generale - ha sottolineato - è una risorsa troppo importante perché è la prima sentinella di quello che potrà succedere nella salute di un cittadino”.

► Un messaggio forte e chiaro

Gli esperti durante l’assise di Pozzuoli hanno lanciato un messaggio forte e chiaro: “Considerando la Salute come valore e non come costo e considerando la complessità delle problematiche che ogni giorno i cittadini presentano in termini di Medicina Predittiva, Preventiva, Diagnostica delle acuzie, Cura delle cronicità, Assistenza delle disabilità, Cure palliative e del dolore cronico, l’Appropriatezza nella gestione dei pazienti deve essere affidata capillarmente alle Cure Primarie, all’accorta e sapiente gestione del rischio clinico globale e ad una efficace comunicazione medico-paziente. A tali fini, il progresso tecnologico applicato alla Medicina rappresenta una grande opportunità nella prevenzione delle situazioni critiche e nella organizzazione di un servizio sanitario capillare ed accessibile a tutti”.

“Il medico di medicina generale rappresenta il primo, fondamentale, riferimento per la gestione appropriata del rischio clinico globale, poiché in grado di applicare il modello Biopsicosociale come strategia fondante di approccio al paziente”.

Il Dr. **Salvatore Caiazza**, vicesegretario vicario Fimmg Asl Napoli 2 Nord, ha illustrato il cambiamento

del ruolo del medico di medicina generale, spiegando la declinazione della Legge 181/2012, o Legge Balduzzi, nel nuovo Accordo Collettivo Nazionale (ACN) della Medicina Generale e l’Accordo Integrativo Regionale (AIR) della Medicina Generale di Regione Campania, che ha portato alla scomparsa del medico di Continuità Assistenziale, che si evolve nel medico di Assistenza Primaria a quota oraria, che lavora a braccetto con i medici di Assistenza Primaria a quota capitaria nei propri ambulatori. Caiazza ha sottolineato la necessaria evoluzione del ruolo attraverso la nuova organizzazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), dove, insieme ai medici, sarà cruciale il ruolo degli infermieri e di altre figure sanitarie, come gli psicologi. Ha poi fatto una panoramica sulle figure giuridiche economiche dei medici di famiglia, illustrando vari tipi di cooperative. Ha concluso ribadendo la necessità dell’evoluzione della formazione regionale della medicina generale in disciplina accademica con un contratto di formazione-lavoro dei medici specializzandi in medicina generale.

All’appuntamento di Pozzuoli hanno partecipato il consigliere regio-

nale **Giovanni Porcelli**, la Dr.ssa **Giuseppina Tommasielli**, componente del Comitato regionale ex art. 24 della Medicina Generale Regione Campania e vicesegretaria provinciale Fimmg Napoli, il consigliere della Città metropolitana di Napoli e Sindaco di Quarto, **Antonio Sabino**. Il primo ha rimarcato l'importanza della sanità territoriale, che va rafforzata alla luce del crollo del sistema sanitario in concomitanza della pandemia Covid-19, impegnandosi di portare il messaggio di richiesta dei medici di medicina generale al Presidente De Luca.

Giuseppina Tommasielli ha rimarcato il ruolo del medico di famiglia, come regista ed erogatore di Salute, la sentinella sul territorio e colui che segue il paziente nella sua interezza; a tal proposito ha ribadito la giustezza della prescrizione di ricette Ssn da parte dei dirigenti ospedalieri, gli specialisti convenzionati Asl e i medici delle strutture sanitarie convenzionate e private. Ha ribadito che dal prossimo 1 luglio sarà esecutiva la piattaforma digitale regionale affinché gli specialisti possano ottemperare al loro dovere contrattuale, giuridico e deontologico.

Sabino ha denunciato la poca fluidità delle aziende sanitarie locali, in cui in passato i parametri decisionali si sono basati sul clientelismo, piuttosto che sulla meritocrazia, il che ha avuto come conseguenza il mal funzionamento della sanità territoriale. L'Avv. Michela Briola ha spiegato, ai sensi del D.Lgs. 165/2001 (Decreto Brunetta).

► Telematica e certificazione

La certificazione telematica di malattia è un obbligo di Legge ai sensi dell'Articolo 1, comma 149, legge n. 311/2004 (legge finanziaria per il 2005), ai sensi della Circolare 11 marzo 2010, n. 1, del Dipartimento



della funzione pubblica e del Dipartimento della digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e dell'innovazione tecnologica pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 112 del 15 maggio 2010 e ai sensi del decreto del Ministro della salute 18 aprile 2012. Il certificato medico di malattia deve essere richiesto al proprio Medico curante (non necessariamente individuabile, dall'art. 2 della Legge n. 33/1980, nella figura del Medico di Medicina Generale, ma estensibile a medici diversi da quelli di "libera scelta") solo quando l'Assistito sia da lui visitato, e non può essere da quest'ultimo rilasciato per giustificare assenze per malattie constatate da altri Medici o dipendenti da prestazioni eseguite da altri Sanitari (Art. 45, comma 2, lettera h ed Art. 52, comma 2 e 3 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, reso esecutivo tramite intesa Conferenza Stato Regioni del 23 marzo 2005); poiché il Medico di Medicina Generale non è tenuto alla loro trascrizione, in tali circostanze, il certificato dovrà essere rilasciato dai seguenti operatori sanitari (Circolare INPS n. 99/96 del 13 maggio 1996):

- Medico specialista ambulatoriale sia dei poliambulatori delle USL sia

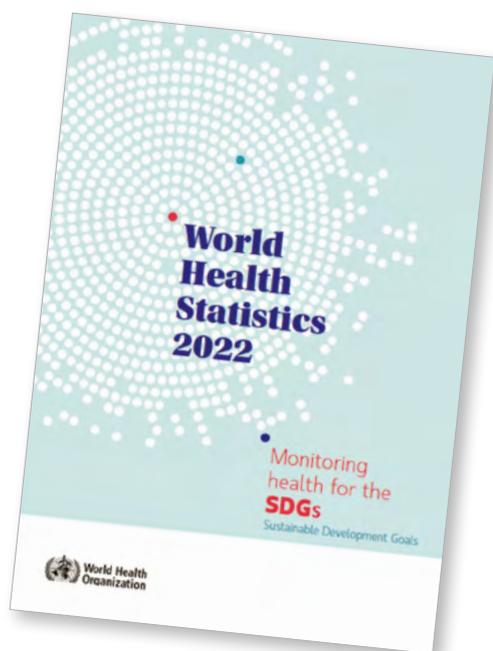
degli ambulatori ospedalieri, quando l'Assistito si sia recato direttamente da questi medici o vi sia stato inviato da altri operatori sanitari;

- Medico del pronto soccorso in caso di ricorso da parte dell'Assistito a questa prestazione;
- Medico dell'accettazione degli ospedali o delle case di cura private o accreditate, quando l'Assistito si sia recato in tali strutture per essere ricoverato, sia in caso d'urgenza che in caso di ricovero ordinario;
- Medico specialista convenzionato esterno, nel caso in cui l'Assistito vi sia stato inviato da altri operatori sanitari. Si ricorda che il Medico certificante, ritenuto, dalla Giurisprudenza corrente, essere "Pubblico Ufficiale", attesti una malattia inesistente od un falso aggravamento di una patologia, commette il reato di "Falso in atto pubblico" (Sentenza n. 352 del 18 marzo 1999 della V Sezione Penale della Suprema Corte di Cassazione) ed, in concorso con il lavoratore suo assistito, anche il reato di "Truffa aggravata" (Art. 640, Il comma C.P.) ai danni dell'Istituto Previdenziale e del datore di lavoro.

Per quanto concerne le implicazioni legali in merito all'emissione di tale certificazione ci si è soffermati anche sul reato di falso ideologico.

La salute nel mondo è un diritto elitario

Secondo il "World Health Statistics 2022" la copertura sanitaria è un privilegio di cui godono solo i paesi ad alto reddito e la pandemia ha peggiorato ancora di più tale realtà



L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato la sua ultima serie completa di statistiche sulla salute mondiale "World Health Statistics 2022" che ha presentato durante i lavori della 75esima assemblea mondiale, svoltasi di recente a Ginevra. Il quadro che si delinea è preoccupante e lo è ancor di più per gli effetti della crisi innescata dalla pandemia nel 2020. Attualmente sono ancora miliardi le persone senza copertura sanitaria universale. Il mondo è spaccato in due e solo nei paesi ad alto reddito la salute è un diritto per tutti. Un esempio è il vaccino anti Covid di cui hanno usufruito il 74% delle persone che vive nei paesi ad alto reddito, ma solo il 12% di quelle dei paesi a basso reddito. La pandemia ha esercitato una pressione senza precedenti sulle capacità dei sistemi sanitari, in particolare sulla salute e sulla forza lavoro. Anche prima della pandemia, la capacità di fornire servizi sanitari essenziali in molti paesi era limitato a causa della persistente carenza di personale sanitario. Già, nel 2016, l'OMS aveva previsto un *deficit* globale di 18 milioni di operatori sanitari entro il 2030, soprattutto nelle regioni dell'Africa e del sud-est asiatico. In particolare, la regione africana, che sopporta quasi un quarto (24%)

del carico mondiale di malattie, aveva solo il 3% degli operatori sanitari del mondo.

► L'emergenza continua

Nel frattempo la malattia da coronavirus (Covid-19) continua a essere una minaccia globale per la salute a distanza di oltre due anni dall'emergenza sanitaria pubblica di interesse internazionale dichiarata dall'OMS. Al 20 aprile 2022 c'erano 50,4 milioni di casi confermati di Covid, inclusi 6,2 milioni di decessi direttamente attribuibili a SARS CoV-2. Al riguardo l'Organizzazione Mondiale della Sanità segnala che sono molti i paesi che hanno una capacità di test limitata e dove non ci sono statistiche vitali o sistemi di registrazione per fornire dati di mortalità e cause di morte accurati e completi. Di conseguenza, il numero globale di casi e decessi dovuti alla pandemia è certamente sottostimato. Un'altra questione su cui punta l'attenzione l'OMS nella gestione della pandemia è l'assistenza sanitaria di base. A tale proposito, l'OMS sottolinea che l'insufficiente attenzione al ruolo centrale dell'assistenza sanitaria di base ha rallentato l'efficacia della risposta alla pandemia e ha provocato anche le interruzioni delle cure di *routine* in molti paesi, minacciando così i progressi compiuti prima della pandemia. Dai dati rilevati dall'OMS risulta che mediamente nel terzo trimestre del 2020, il 56% dei servizi essenziali di tracciamento era stato interrotto e all'inizio del 2021 tale percentuale era scesa al 41%.

► Le disuguaglianze

Covid-19 ha colpito in modo sproporzionato le popolazioni vulnerabili, comprese quelle economica-

mente svantaggiate, anziani e persone con preesistenti condizioni di salute e non vaccinati. Le popolazioni ad alto rischio hanno bisogno di una migliore protezione contro malattie gravi, varianti più trasmissibili del coronavirus e morte per infezione da Covid-19. Tuttavia, rileva l'OMS, queste popolazioni restano ancora sostanzialmente escluse dai programmi di vaccinazione in molti paesi. Tutto ciò accade malgrado nell'ultima parte del 2021 e all'inizio del 2022, la fornitura globale di vaccini sia aumentata a tal punto che l'offerta non è stata più un problema: all'inizio del 2022 c'erano dosi di vaccino sufficienti per proteggere ogni adulto e ogni adolescente (12 anni e oltre) nel mondo con un regime a tre dosi.

Al 25 aprile 2022, il 74% delle persone nei paesi ad alto reddito e il 74% nei paesi a reddito medio-alto erano vaccinati (ovvero avevano completato la serie primaria di vaccinazione), così come il 51% nei paesi a reddito medio-basso, rispetto al 12% delle persone nei paesi a basso reddito. In tali paesi solo tre operatori sanitari su 10 erano stati completamente vaccinati contro il Covid entro aprile 2022, rispetto a una media globale dell'80%.

Se poi puntiamo lo sguardo sui paesi africani risulta che solo il 25% degli adulti di età superiore ai 60 anni è stato vaccinato completamente e soltanto l'11% delle persone con comorbidità aveva completato la serie primaria.

► I rischi futuri

Entrando nel dettaglio le statistiche del documento dell'OMS rivelano la misura in cui la pandemia ha colpito i sistemi sanitari di

tutto il mondo, in alcuni casi limitando gravemente l'accesso ai servizi sanitari 'vitali'. Secondo l'OMS tale limitazione inciderà nel tempo sul progresso globale inerente sia all'aspettativa di vita in generale sia all'aspettativa di vita in buona salute realizzati nei primi 20 anni del secolo. "Se il trend non si invertirà - avverte l'OMS - ci saranno conseguenze importanti per la morbilità e la mortalità e per l'evoluzione di altre epidemie di malattie trasmissibili".

L'aspettativa di vita globale alla nascita è aumentata da 66,8 anni nel 2000 a 73,3 anni nel 2019 e l'aspettativa di vita in buona salute è aumentata da 58,3 anni a 63,7 anni. Ciò è stato in gran parte dovuto ai guadagni in materia di salute materna e infantile, nonché a importanti investimenti e miglioramenti nei programmi di malattie trasmissibili, come l'HIV, la tubercolosi e la malaria. Ma i dati del 2020 mostrano come le interruzioni del servizio abbiano contribuito a un aumento dei decessi per tubercolosi e malaria tra il 2019 e il 2020.

Prima della pandemia, c'erano state anche tendenze incoraggianti a livello globale nella riduzione dell'arresto della crescita infantile, del consumo di alcol e del consumo di tabacco, nonché in un maggiore accesso all'acqua potabile gestita in modo sicuro, servizi igienici gestiti in sicurezza, igiene di base e combustibili e tecnologie pulite.

Questi progressi sono stati in parte sostenuti da un raddoppio della spesa sanitaria globale tra il 2000 e il 2019, raggiungendo il 9,8% del prodotto interno lordo globale. Ma circa l'80% di quella spesa è avvenuta nei paesi ad al-

to reddito, la maggior parte di essa (circa il 70%) proveniva dai bilanci pubblici. Nei paesi a basso reddito, la spesa viva è stata la principale fonte di spesa sanitaria (44%), seguita dagli aiuti esterni (29%).

Mentre la copertura dei servizi è migliorata negli ultimi 20 anni, la spesa sanitaria catastrofica è peggiorata. Con l'attuale recessione economica globale e i sistemi sanitari che lottano per fornire la continuità dei servizi sanitari, è probabile che la pandemia di Covid-19 fermi i progressi compiuti nella copertura dei servizi e peggiori ulteriormente la protezione finanziaria a livello globale. Questo perché alcune persone non sono affatto in grado di accedere alle cure perché non possono permetterselo. Inoltre, tra coloro che cercano e ottengono servizi, c'è un rischio maggiore di affrontare difficoltà finanziarie a causa della spesa sanitaria rispetto a prima della pandemia.

Allo stesso tempo, una cronica incapacità di riconoscere il ruolo centrale dell'assistenza sanitaria di base e di finanziare adeguatamente elementi chiave come il personale sanitario, ha rallentato l'efficacia della risposta alla pandemia e ha innescato interruzioni dell'assistenza di routine che minacciano di compromettere ulteriormente la capacità dei paesi di raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile per la salute al 2030.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF del "World Health Statistics 2022"

Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità

Questo è il titolo di un vero e proprio Manuale Operativo che si inserisce nell'ambito del Progetto "PON GOV CRONICITÀ - Sostenere la sfida alla cronicità con il supporto dell'ICT", realizzato dal Ministero della Salute e affidato ad Agenas per il coordinamento tecnico scientifico. Tale documento intende rappresentare un vero e proprio strumento operativo di guida, per le Regioni e tutti gli stakeholder interessati, nella pianificazione strategica ed esecutiva in materia di gestione della cronicità

Il Manuale Operativo, "Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità" si inserisce nell'ambito del Progetto "PON GOV CRONICITÀ - Sostenere la sfida alla cronicità con il supporto dell'ICT", realizzato dal Ministero della Salute e affidato ad Agenas per il coordinamento tecnico scientifico. Tale progetto ha consentito di definire a livello nazionale cosa si intenda per *Best Practice*, promuovendo l'utilizzo di strumenti, tecnologie e professionalità volti a sostenere un modello di presa in carico incentrato sulla persona e sui suoi bisogni, prediligendo il mantenimento a domicilio o nella Comunità di riferimento. Il Manuale intende rappresentare un vero e proprio strumento operativo di guida, per le Regioni e tutti gli *stakeholder* interessati, nella pianificazione strategica ed esecutiva in materia di gestione della cronicità, attraverso la raccolta sistematica di strumenti concettuali e metodologici per l'analisi, la progettazione e la valutazione di interventi di programmazione e di *change management*.

► Un approccio multidisciplinare

Il Manuale è il risultato della messa a sistema di competenze e conoscenze multidisciplinari, basate sul lavoro degli esperti del Ministero della Salute e di Agenas, sulla condivisione di esperienze e sul confronto reciproco tra gli operatori del settore. In questa prospettiva, il Manuale mira ad essere un documento dinamico, soggetto ad un'evoluzione e arricchimento continuo in funzione dello sviluppo delle attività e di nuove conoscenze condivise, facilmente accessibile/fruibile. A tal fine il Manuale operativo è strutturato intorno ad una serie di componenti modulari che toccano temi quali: scenario programmatico e normativo, contesto epidemiologico e dinamiche di *policy* e di servizio del Ssn logiche e strumenti per la stratificazione della popolazione, presa in carico (PAI, PDTA, Case di Comunità, Infermiere di Famiglia o Comunità), Centrali Operative (COT), Telemedicina, cure intermedie, dimensionamento economico e logistico dei servizi e *project e change management*.

Luogo di elezione per la diffusione del Manuale Operativo e delle buone pratiche risulta la Rete dei referenti regionali per la cronicità e l'ICT che, attraverso la sperimentazione degli strumenti concorreranno anche progressivamente al loro perfezionamento e ampliamento in un processo di co-creazione orientato al miglioramento continuo.

In questa prospettiva il Manuale diventa, insieme all'attività di animazione e moderazione svolta dagli esperti del Nucleo Tecnico Centrale (NTC) del Ministero della Salute, di Agenas e successivamente degli esperti del Nucleo Tecnico Territoriale (NTT), strumento a supporto della creazione e sviluppo di vere e proprie Comunità di Pratica intorno a una o più priorità strategiche in cui produrre e condividere esperienze e conoscenze sul tema della gestione della cronicità, con il supporto delle tecnologie digitali, e promuovere il trasferimento di buone pratiche tra regioni.

► Best Practice

"A riguardo - sottolinea l'Agenas - sono note le difficoltà dell'utilizzo

delle buone pratiche che, anche quando oggettivamente individuabili, hanno il limite di essere riferite ad uno specifico contesto operativo e culturale e di non essere sempre agevolmente trasferibili. Soprattutto, per essere efficaci come strumenti di miglioramento, hanno il limite rappresentato dal passaggio dalla conoscenza di una buona pratica alla sua adozione concreta”.

L'azione di trasferimento richiede, pertanto, da un lato la spinta propulsiva di soggetti qualificati all'interno dell'amministrazione destinataria e dall'altra un'attività di accompagnamento nel processo di comprensione e adattamento della pratica. Il confronto tra pari potrà svolgere un ruolo importante nell'attività di accompagnamento, grazie al coinvolgimento della amministrazione che ha per primo definito e introdotto la pratica in qualità di mentore dell'amministrazione interessata al trasferimento. Questo tipo di intervento si è dimostrato, in molte occasioni, una strategia particolarmente vincente, come ad esempio attesta l'ampio ricorso a strumenti quali il *Twinning* da parte della Commissione Europea nell'ambito di diversi programmi di finanziamento (incluso Horizon 2020 e programmi di rafforzamento della capacità amministrativa da parte di amministrazioni di Stati Membri nei confronti dei Paesi partner).

► Gruppi di lavoro e comunità di pratica

In questa prospettiva, il ricorso alle Comunità di Pratica, quali luoghi di scambio e condivisione tra Regioni con diversi gradi di esperienza rispetto a una o più priorità strategiche, possono al contem-

po stimolare il trasferimento di conoscenza e promuovere e consolidare nella cultura condivisa dagli operatori di settore lo “spillover di paradigma” nel Ssn: dalla medicina di attesa (aspettare che una persona si ammali per poi assisterla), alla medicina di iniziativa (misura del rischio di ammalarsi per affiancare la persona nelle scelte quotidiane di prevenzione e cura).

La creazione di Comunità di Competenza (*Community of Practice*) interistituzionali è peraltro riconosciuta nell'ambito del Pnrr come intervento strategico nello sviluppo del capitale umano della pubblica amministrazione (Missione 1), e come luogo di elezione per la definizione di progetti innovativi in grado di arricchire il patrimonio di conoscenze ed esperienze dell'organizzazione di appartenenza.

Nell'ambito del Progetto, il processo di supporto all'attività di programmazione delle Regioni prevede l'applicazione di un metodo di lavoro condiviso, articolato in più fasi:

- creazione di Gruppi di Lavoro interregionali costituiti da regioni interessate a rafforzarsi sperimentando modelli innovativi e regioni interessate a fornire supporto nel processo di trasferimento e di co-creazione, promuovendo un tipico modello di formazione One-to-One basato sullo sviluppo di una relazione tra soggetti con più esperienza (*mentor*) e soggetti con meno esperienza (*mentee*);
- rilevazione degli specifici fabbisogni di innovazione per ciascuna regione, a partire da attività di gap analysis realizzate con il supporto operativo degli esperti nel Nucleo Tecnico Territoriale;

- definizione e attuazione di una strategia di trasferimento e *knowledge sharing* attraverso l'attivazione di un dialogo paritetico e costruttivo tra regioni con diverso livello di esperienza, moderato e guidato dal punto di vista metodologico da Agenas e dal NTC e dal NTT del Ministero della Salute. La strategia di trasferimento includerà incontri periodici di brainstorming e scambio di esperienze, percorsi formativi formali e informali e attività di peer review della documentazione prodotta;

- definizione dell'intervento di cambiamento a partire dai risultati del percorso di trasferimento e *knowledge sharing* e con il supporto degli esperti del NTT, coordinati dal NTC.

Il metodo promosso mira a rendere i Referenti regionali i principali attori del cambiamento, riconoscendo al Ministero della Salute, attraverso le professionalità degli esperti del Nucleo Tecnico Centrale o Territoriale e ad Agenas, il mero ruolo di riferimento metodologico e di moderatore delle Comunità di Pratica.

Il progetto PON GOV CRONICITÀ mira, infatti, a sovvertire il ricorrente fenomeno di depauperamento delle competenze interne, causa e conseguenza del ricorso ad attività di assistenza tecnica da parte di esperti o società esterne nella realizzazione di progetti di innovazione, promuovendo interventi che mirino principalmente alla formazione e allo sviluppo delle *capabilities* organizzative.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF del manuale operativo sulle cronicità

Ipotesi di futuro per i Mmg e la medicina del territorio

Il malessere della Medicina Generale: verso la riforma dell'assistenza primaria dopo la pandemia: ultima spiaggia o inevitabile declino?

Questo è l'interrogativo che è anche il titolo del libro scritto da Giuseppe Belleri Medico di Medicina Generale, ora in pensione, che ha esercitato la professione a Flero (BS) fino all'aprile scorso

Il volume parte dall'analisi del clima emotivo di malessere e dalla "diagnosi" della crisi che attraversa la Medicina Generale convenzionata, accentuata dall'impatto della pandemia da Covid-19 sul territorio, per prospettare possibili percorsi di riforma e cambiamento. La principale occasione di "rifondazione" è il Pnrr che si propone di rafforzare la sanità territoriale dopo un decennio di disinteresse pubblico, grazie agli investimenti strutturali della Missione 6 per la diffusione dalle Case e degli Ospedali di Comunità, che dovrebbero favorire una maggiore integrazione tra professionisti sanitari del territorio e dell'ospedale, risolvendo le sorti dell'assistenza primaria.

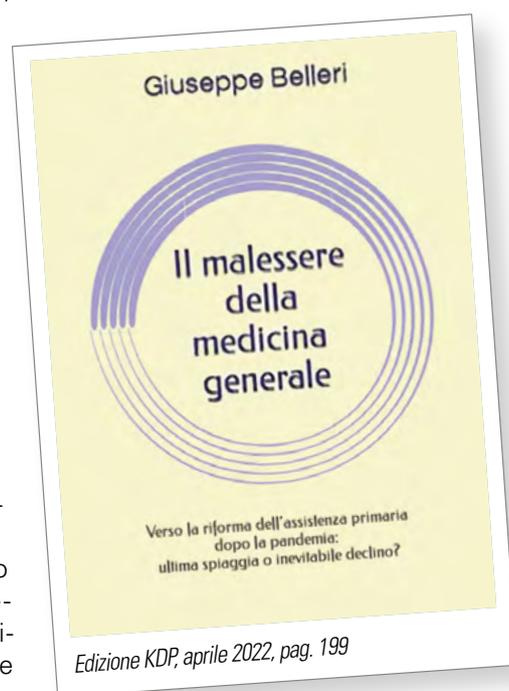
Il primo capitolo espone una sintesi delle procedure relative alle decisioni di *policy* e dei problemi di implementazione delle riforme pubbliche nel contesto socio-sanitario. La prima parte propone un profilo storico e socio-culturale del disagio vissuto dai Mmg, descrive le caratteristiche organizzative e giuridiche della Medicina convenzionata e analizza l'evoluzione della categoria

con la chiave di lettura della sociologia delle professioni, con particolare riferimento al concetto di professionalismo: si propone l'ipotesi che il malessere della MG segni l'ultima tappa del declino della dominanza professionale.

La seconda parte descrive a grandi linee le specificità organizzative e delle pratiche dell'assistenza primaria e, di seguito, le criticità imputate al Mmg che dovrebbero essere superate con il passaggio dalla convenzione al rapporto di subordinazione e con l'introduzione della Specializzazione universitaria. Nel testo vengono discussi i diversi aspetti della proposta di dipendenza come soluzione della crisi, che vede la categoria divisa tra favorevoli e chi invece vorrebbe mantenere l'attuale regime convenzionale, pur accettando una sua evoluzione, come proposto dalla parte pubblica.

Nella terza parte vengono esposti e commentati i contenuti del Pnrr, del Decreto Ministeriale sugli standard delle strutture territoriali e degli Ac-

cordi Collettivi Nazionali, propeutici alla realizzazione della Missione del Pnrr. L'ultimo capitolo propone un'analisi della MG secondo i principi delle Comunità di Pratica come proposta strategica per il superamento del malessere della categoria, in una prospettiva di promozione del professionalismo organizzativo e comunitario.



AGGIORNAMENTI



■ **DIABETOLOGIA**

Riconoscere l'insufficienza cardiaca nel diabete

■ **ECO-FARMACOVIGILANZA**

Farmaci nell'ambiente e rischi per la salute umana

■ **ENDOCRINOLOGIA**

Gestione del nodulo benigno sintomatico della tiroide

■ **FARMACOLOGIA**

Effetto drucebo e statine: di chi è la responsabilità?

■ **INFETTIVOLOGIA**

Monkeypox e infezioni sessualmente trasmesse

■ **ONCOLOGIA**

Esercizio fisico e dieta durante il trattamento del cancro

■ DIABETOLOGIA

Riconoscere l'insufficienza cardiaca nel diabete

Tradizionalmente, la prevenzione e la gestione delle complicanze croniche nei pazienti con diabete di tipo 1 e di tipo 2 si è concentrata su nefropatia, retinopatia, neuropatia e malattia cardiovascolare aterosclerotica (inclusi cardiopatia ischemica, ictus o malattia vascolare periferica).

Tuttavia, l'insufficienza cardiaca (HF) è ormai riconosciuta come una complicanza comune nei soggetti con diabete, con una prevalenza fino al 22% e con tassi di incidenza in aumento. Questo riconoscimento deriva in parte da studi sulla sicurezza cardiovascolare dei nuovi farmaci per il trattamento del diabete.

I dati suggeriscono anche che l'insufficienza cardiaca può svilupparsi in soggetti con diabete anche in assenza di ipertensione, malattia coronarica o malattia valvolare cardiaca e, come tale, rappresenta una delle principali complicanze cardiovascolari in questa popolazione vulnerabile.

Dato che nell'ultimo decennio la prevalenza del diabete (in particolare DT2) è aumentata del 30% a livello globale (con proiezioni epidemiologiche del dato in ulteriore aumento), il carico di HF sul sistema sanitario continuerà ad aumentare.

Obiettivo del documento di consenso dell'American Diabetes Association (ADA) dell'American College of Cardiology (ACC) è fornire una guida chiara e raccomandare i migliori approcci a medici di famiglia, internisti, endocrinologi per lo screening, la diagnosi dell'insufficienza cardiaca e la gestione in soggetti con T1D, T2D o prediabete per mitigare i rischi di gravi complicanze,

► **Principali raccomandazioni**

- Misurazione di un peptide natriuretico o di troponina cardiaca ad alta sensibilità con cadenza almeno annuale per identificare la possibile presenza di HF in stadio B e per pronosticare il rischio di progressione verso gli stadi sintomatici.
- Implementazione di una gestione individualizzata per quanto riguarda ulteriori test e l'introduzione o l'evitamento di trattamenti a seguito di peptidi natriuretici anormali o risultati di troponina cardiaca ad alta sensibilità.
- Uso di terapia medica diretta dalle linee guida simile ai pazienti con HF e senza diabete, inclusi l'inibitore del recettore della neprilisina dell'angiotensina (ARNI) (o ACEi/ARB se l'ARNI non è prescritto), beta-bloccanti basati sull'evidenza, antagonisti del recettore mine-

ralcorticoide e SGLT2i.

- Uso di metformina, GLP1RA o insulina in individui con T2D ad alto rischio per/con HF stabilito e per i quali è necessario un ulteriore controllo glicemico.

- Considerare le nuove tecnologie, i programmi di riabilitazione cardiaca e le strategie di perdita di peso come parte degli sforzi complessivi per ottimizzare le cure.

- Garantire che le donne, gli individui con T1D e quelli con determinanti sociali della salute ad alto carico abbiano accesso e siano offerti allo stesso quadro di gestione.

Oltre alle raccomandazioni, gli autori hanno identificato diverse aree in cui esistono lacune di conoscenza in materia di epidemiologia, meccanismi per il rischio di HF, cura e gestione, e dove la ricerca futura potrebbe aiutare a identificare l'intersezione tra diabete e HF. Evidenziano anche potenziali opportunità per affrontare l'equità, la diversità e l'inclusione, sia attraverso l'identificazione di approcci di prevenzione e trattamento specifici per sesso o determinando il modo migliore per implementare programmi di esercizio che tengano conto dell'intero spettro di popolazioni razzialmente e socioeconomicamente diverse.

BIBLIOGRAFIA

- Pop-Busui R et al. Heart Failure: an underappreciated complication of diabetes. A Consensus Report of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2022; <https://doi.org/10.2337/dci22-0014>
- www.acc.org

■ ECO-FARMACOVIGILANZA

Farmaci nell'ambiente e rischi per la salute umana

Negli ultimi anni è andata aumentando la consapevolezza di come sia necessario approfondire le conoscenze sulla dispersione nell'ambiente dei prodotti farmaceutici (PF) per la possibilità che determinino danni ai diversi ecosistemi, a varie specie animali e all'uomo. È dunque necessario conoscere meglio i fenomeni di bioaccumulo e le modifiche che i farmaci possono indurre nei vari ecosistemi e in particolare in quello acquatico, rendere più efficaci i sistemi di depurazione, sviluppare nuove generazioni di farmaci maggiormente eco-sostenibili e rendere più omogenea e diffusa l'eco-farmacovigilanza.

In questo contesto tutti i professionisti impegnati nel sistema sanitario, e i medici in particolare, sono chiamati a svolgere un'opera di educazione dei pazienti che porti ad una utilizzazione farmacologica sempre più razionale, ad una raccolta differenziata più utilizzata e ad evitare una dispersione di farmaci non utilizzati. Questo complesso tema è stato affrontato nel corso del congresso "Medicina dei sistemi. Modelli di integrazione nella prassi clinica e nuove soluzioni terapeutiche" (Università degli Studi di Milano, maggio 2022), da **Sergio Bernasconi**, Ordinario di Pediatria già Direttore Cliniche Pediatriche Università di Modena e Parma.

Un numero sempre più significativo di dati di ricerca epidemiologica conferma l'ampia dispersione dei farmaci e dei loro prodotti di trasformazione dando una dimensione mondiale al fenomeno. L'ambiente acquatico è quello maggiormente interessato ma non sono indenni suolo e atmosfera. Sulla base degli studi di farmacologia, è noto che i prodotti farmaceutici vengano assorbiti e metabolizzati nell'organismo umano ed escreti come metaboliti o come molecola originale che può rappresentare dal 30 al 90% della dose somministrata per bocca. Nell'ambiente esterno si formano i cosiddetti prodotti di trasformazione (PTs) che includono sia i metaboliti dei farmaci sia i prodotti delle trasformazioni biotiche o abiotiche che si producono nei processi di smaltimento e nell'ambiente stesso.

Sul piano operativo molte sono le azioni che possono (e devono) essere intraprese per affrontare questo fenomeno:

- migliorare la tecnologia di depurazione e controllare la presenza dei prodotti di trasformazione nelle affluenti ed effluenti
- stimolare la produzione di farmaci biodegradabili e non tossici per l'ambiente
- incentivare la raccolta differenziata dei farmaci
- sviluppare un sistema di eco-far-

macovigilanza per un regolare monitoraggio degli ecosistemi, a livello internazionale che oggi è carente

- stimolare la creazione di teams di ricerca multidisciplinari.

Un ruolo fondamentale dovrebbe poi essere svolto da medici, farmacisti e in generale addetti alla sanità per intraprendere un'opera di educazione nei riguardi della popolazione in generale.

► **Raccomandazioni**

La Health Care Without Harm (HCWH) Europe ha stilato alcune semplici raccomandazioni per i pazienti:

- acquistare farmaci da banco solo se necessario ed invitarli a non fare scorte di farmaci che poi non saranno utilizzati prima della scadenza,
 - non gettare mai i farmaci non utilizzati o scaduti nello scarico del wc o nel lavandino,
 - suggerire un metodo di smaltimento sicuro, raccomandato a livello locale, sia per i farmaci che per le confezioni,
- e per i medici:*
- prescrivere confezioni ridotte di nuovi medicinali,
 - prescrivere le confezioni più piccole e ripetere la prescrizione se necessario,
 - per quanto possibile, prescrivere terapie non farmacologiche e fare prevenzione,
 - limitare la prescrizione di antibiotici allo stretto necessario.



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

■ ENDOCRINOLOGIA

Gestione del nodulo benigno sintomatico della tiroide

I noduli tiroidei sono tra le patologie endocrine più comuni e vengono rilevati, mediante il solo esame obiettivo, in circa il 5-7% della popolazione adulta, con prevalenza più elevata nel sesso femminile. In seguito alle politiche di medicina preventiva, al migliore accesso alle risorse sanitarie e all'utilizzo diffuso delle modalità di imaging il riscontro incidentale di noduli tiroidei avviene con sempre maggiore frequenza, con prevalenza che raggiunge il 50-60% nei soggetti adulti di sesso femminile. Nell'ambito dei noduli, la prevalenza delle lesioni neoplastiche varia dal 5 al 15%, in rapporto a sesso, età e storia clinica.

La maggior parte dei noduli tiroidei può essere identificata con elevata accuratezza diagnostica come una lesione benigna mediante l'ago-aspirato eco-guidato con ago sottile (FNA). I noduli citologicamente benigni, normofunzionanti e clinicamente asintomatici non richiedono alcun intervento terapeutico. Tuttavia, una quota minoritaria ma non trascurabile dei noduli benigni si accresce progressivamente e può divenire causa di disturbi compressivi locali, variabili in rapporto a dimensioni e localizzazione anatomica della lesione.

Questi elementi descritti posso-

no essere ritrovati nelle linee guida "Gestione del nodulo benigno della tiroide causa di sintomi locali", che l'Associazione Medici Endocrinologi ha pubblicato, in collaborazione con tutte le principali Società Scientifiche italiane che si occupano di patologia tiroidea, nel "Sistema Nazionale Linee Guida".

L'obiettivo è stato quello di produrre raccomandazioni utili e pratiche per i clinici nel trattamento dei pazienti adulti con nodulo tiroideo benigno sintomatico, tenendo conto delle ultime evidenze scientifiche disponibili.

► Opzioni terapeutiche disponibili

Le principali opzioni terapeutiche oggi disponibili sono:

- **Chirurgia:** trattamento standard per la patologia nodulare tiroidea clinicamente sintomatica.

Tra le varie opzioni chirurgiche quelle oggi utilizzate sono la lobistomectomia (in genere riservata alla patologia nodulare localizzata a un solo lobo ghiandolare) o la tiroidectomia totale (in caso di gozzo multi-nodulare). La chirurgia si svolge di regola in anestesia generale e l'approccio può avvenire con tecnica "open" o con approccio "mini-invasivo" e "video assistito".

- **Procedure mini-invasive non chirurgiche:** condotte sotto guida ecografica senza necessità di anestesia generale, permettono di ridurre le dimensioni dei noduli benigni e migliorare la sintomatologia ad essi correlata. Esse comprendono:

- **alcolizzazione:** utilizzata soprattutto nei noduli prevalentemente o completamente cistici; la tecnica prevede lo svuotamento del contenuto fluido del nodulo e la successiva introduzione di etanolo 95%, in quantità generalmente pari al 50% del volume del liquido drenato;

- **termo-ablazione:** prevede l'esposizione del nodulo ad alte temperature per produrre una necrosi coagulativa del tessuto. La procedura può sfruttare diverse sorgenti: laser, radio-frequenza, micro-onde o ultrasuoni focalizzati ad alta intensità.

Altre opzioni terapeutiche oggi non raccomandate nella patologia nodulare tiroidea benigna normofunzionante sono la terapia con levotiroxina e con radioiodio.

In questi pazienti, la scelta dell'opzione terapeutica deve basarsi sul quadro clinico, sulle risorse disponibili e sulle preferenze espresse dal paziente. Nella scelta tra i trattamenti disponibili deve essere tenuto in considerazione l'impatto sulla qualità di vita del paziente, in particolare nei casi dove l'evidenza clinica non è fortemente a favore di una procedura specifica.

BIBLIOGRAFIA

- ISS. Gestione del nodulo benigno della tiroide causa di sintomi locali. Linea guida pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida.

■ FARMACOLOGIA

Effetto drucebo e statine: di chi è la responsabilità?

Negli ultimi anni, il termine effetto “drucebo” (farmaco + nocebo) è stato coniato per indicare l’effetto nocebo attribuibile più alle aspettative del paziente, alle preferenze del medico e all’interferenza dei mass media piuttosto che all’effettivo effetto farmacologico. Il tema è stato affrontato al recente congresso dell’Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) (Rimini, 19-21 maggio 2022).

► **Lo studio**

L’effetto drucebo è stato valutato in 9.605 pazienti trattati con statine, nella prevenzione primaria (27%) e secondaria (73%). La presunta intolleranza alle statine è stata riportata in 1.729 pazienti (18%) con interruzione della terapia per 5 giorni-4 settimane.

La *tabella* mostra le cause della presunta intolleranza. Ai pazienti con mialgia con o senza aumento della CPK e probabile o possibile SMIS (Statin Myalgia Index Score) è stato consigliato di dimezzare la dose, con rivalutazione dopo 2-4 settimane. In presenza di sintomi persistenti, la statina è stata cambiata. Se i sintomi erano presenti anche con la seconda statina, al paziente è stato consigliato di assumere il farmaco a giorni alterni.

Nei pazienti con SMIS improbabile, la decisione di riprendere la terapia è stata condivisa con il paziente, informandolo dei benefici delle statine sulla mortalità e sulla morbilità. La probabile vera intolleranza è stata riscontrata in 576 pazienti (6% della popolazione complessiva in terapia con statine: 332 con mialgia con o senza aumento della CPK e probabile SMIS, 152 con mialgia e aumento della CPK con SMIS possibile, 46 con elevazione asintomatica della CPK, 15 aumento delle transaminasi, 21 con malessere generale, 10 con depressione grave).

Nel 12% dei pazienti, invece, l’interruzione è attribuibile ad un effetto nocebo dovuto sia al paziente che al medico curante o altro specialista, che sono inclini ad attribuire i sintomi indesiderati più al farmaco che ad altri fattori o a considerarlo non modificabile, sostituendo il farmaco o le dosi. L’interferenza dei mass media è comune ed è difficile distinguere una maggiore responsabilità dell’uno o dell’altro.

Nei pazienti trattati con statine si riscontra frequentemente un effetto drucebo, in parte attribuibile al paziente, in parte al medico e ai mass media, che tendono ad attribuire sintomi muscolari al trattamento con statine e ad interrom-

pere la terapia senza tener conto dei benefici relativi alla riduzione della mortalità e della morbilità riscontrati in numerosi studi con indiscutibile evidenza di efficacia e sicurezza.

In questo studio, una probabile vera intolleranza alle statine si riscontra in circa un terzo dei pazienti che riportano sintomi.

TABELLA 1

Disturbo	Numero	%
Mialgia senza aumento CPK	692	40%
Mialgia con aumento CPK	398	23%
Crampi	35	2%
Fatigue	52	3%
Aumento CPK asintomatico	242	14%
Malessere generale	121	7%
Aumento transaminasi	19	1,1%
Riduzione filtrato glomerulare o proteinuria	12	0,7%
Aumento glicemia	69	4%
Depressione	87	5%
Rottura tendinea	2	0,1%
Totale	1.729	100%

BIBLIOGRAFIA

- Cosmi D et al. P187: Drucebo effect in statin therapy: more attributable to the patient, the doctor, or the mass media?, *EurHeart J Suppl*, Volume 24, Issue Supplement_C, May 2022, suac012.179.

■ INFETTIVOLOGIA

Monkeypox e infezioni sessualmente trasmesse

Il virus responsabile del vaiolo delle scimmie (*monkeypox* - MPX), può essere presente nel liquido seminale in una forma capace di replicarsi: lo segnala una nota dell'Istituto Lazzaro Spallanzani di Roma, spiegando che "il virus è stato isolato nei nostri laboratori dal liquido seminale prelevato da un paziente 6 giorni dopo la comparsa della febbre e, in coltura cellulare, si è dimostrato capace di infettare e di replicarsi in laboratorio. Finora la presenza del materiale genetico del virus è stata rilevata nel liquido seminale di 6 dei 7 pazienti, ma in questo caso il virus è stato anche isolato in coltura. I ricercatori dell'Istituto Spallanzani stanno conducendo ulteriori studi sulla durata e persistenza del virus nello sperma e in altri materiali biologici per comprendere a fondo i meccanismi della trasmissione di questo virus da uomo a uomo".

Al di là della scoperta, l'attenzione scientifica e mediatica su MPX è una occasione per affrontare il tema delle infezioni sessualmente trasmissibili (IST). In una segnalazione il CDC (Center for Disease Control and Prevention) afferma che i casi di IST negli Stati Uniti sono diminuiti nel 2020 durante i primi mesi della pandemia, ma alla fine del 2021 i casi segnalati di

gonorrea e sifilide hanno superato i livelli del 2019, mentre la clamidia è diminuita. La clamidia rappresenta storicamente la più grande percentuale di MTS segnalate negli Stati Uniti e il calo dei casi è però probabilmente dovuto alla diminuzione dello screening e alla sottodiagnosi durante la pandemia, piuttosto che a una riduzione delle nuove infezioni.

► E in Italia?

Anche nel nostro Paese viene segnalato un costante aumento delle IST, dovuto a diverse cause: una migliorata sensibilità diagnostica, un'elevata trasmissibilità dei virus, la limitata prevenzione. "La sifilide è l'infezione batterica sessualmente trasmessa più diffusa, con 1.631 casi segnalati nel 2017 (2.7 ogni 100mila abitanti), con un aumento del 35% rispetto al 2015 - segnalano gli infettivologi italiani al recente congresso ICAR - Italian Conference on AIDS and Antiviral Research, organizzato sotto l'egida della SIMIT, Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali. "L'infezione da gonococco è la seconda MTS nel mondo dopo la clamidia. In Italia, dai 573 casi del 2013 si è passati agli 850 del 2017, 1.4 ogni 100mila abitanti. In Europa, nel 2018 sono stati riportati dall'ECDC 100.673

casi, 26.4 ogni 100mila abitanti. La preoccupazione principale però riguarda la crescente prevalenza di resistenza del batterio a diverse classi di terapie antibiotiche, con limitazione delle attuali opzioni terapeutiche efficaci".

► Punto di riferimento è il Mmg

Uno studio trasversale osservazionale condotto in quattro università italiane sulla conoscenza, la prevenzione e l'insorgenza di IST su 4.552 matricole (età media 21,4±2,2 anni, 70,3% femmine) ha rilevato che solo il 28% dei partecipanti conosceva i metodi più efficaci per prevenire le MTS, con una prevalenza più alta di risposte corrette tra le femmine (31,3%) rispetto ai maschi (25,8%). Gli studenti con storia di MTS erano il 5,1%; hanno riferito di riferirsi principalmente al loro Mmg (38,1%) piuttosto che discutere il problema con il partner (13,1%). Le matricole universitarie, conclude lo studio, hanno una scarsa conoscenza delle MTS e della loro prevenzione. Il picco delle infezioni sessualmente trasmissibili tra gli adolescenti/giovani adulti suggerisce dunque la necessità di informazione e prevenzione.

BIBLIOGRAFIA

- www.inmi.it
- www.cdc.gov
- Cegolon L et al. A survey on knowledge, prevention, and occurrence of sexually transmitted infections among freshmen from four Italian universities. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(2): b897.

■ ONCOLOGIA

Esercizio fisico e dieta durante il trattamento del cancro

Il ruolo della medicina generale nella gestione del percorso della malattia oncologica era sino a pochi anni fa del tutto marginale. Oggi in molti casi le terapie orali e domiciliari hanno sostituito chemioterapia e la radioterapia, o quantomeno l'hanno integrata, rendendo centrale il ruolo del Mmg nel percorso multidisciplinare oncologico. Un interessante documento dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO) ha fatto il punto sull'esercizio fisico, la dieta e la gestione del peso durante il trattamento attivo del cancro negli adulti. La speranza è che queste raccomandazioni mitigano gli effetti collaterali correlati al trattamento e riducano il rischio di complicanze postoperatorie associate a determinati interventi.

► **Attività fisica**

A sostegno della raccomandazione sull'attività fisica ci sono prove che dimostrano che gli interventi di esercizio durante il trattamento attivo riducono l'affaticamento, preservano la forma cardiorespiratoria, il funzionamento fisico e la forza. Tra alcuni gruppi di pazienti, l'esercizio fisico durante il trattamento attivo può anche migliorare la qualità della vita e ridurre l'ansia e la depressione. Inoltre c'è un basso rischio di eventi avversi associati all'esercizio fisico

Key-points

- ASCO incoraggia a raccomandare l'esercizio aerobico e di resistenza durante il trattamento attivo con l'intento di mitigare gli effetti collaterali associati alla terapia.
- Suggerisce soprattutto l'esercizio pre-operatorio per i pazienti che saranno sottoporsi a un intervento chirurgico per il cancro del polmone.
- Non ci sono prove sufficienti per sostenere una raccomandazione a favore o contro diete specifiche, nonché interventi intenzionali incentrati sulla perdita di peso o sulla prevenzione dell'aumento di peso durante la terapia attiva del cancro.

durante il trattamento.

Prove sufficienti supportano la raccomandazione dell'esercizio preoperatorio per i pazienti sottoposti a intervento chirurgico per cancro ai polmoni, per ridurre la durata della degenza ospedaliera e le complicanze postoperatorie. Questi stessi benefici non sono evidenti per coloro che si sottopongono a chirurgia addominale per tumori gastrointestinali o genito-urinari.

► **Cambiamenti dietetici**

Non ci sono prove sufficienti per sostenere una raccomandazione a favore o contro diete specifiche: è

necessaria una ricerca più rigorosa sugli interventi dietetici e sulla perdita di peso nei pazienti sottoposti a trattamento del cancro per essere in grado di formulare raccomandazioni più specifiche.

Nonostante la mancanza di prove, il gruppo di esperti incoraggia modelli dietetici sani e un sano mantenimento del peso per i pazienti con cancro. Ci sono prove molto valide che suggeriscono che l'attività fisica, l'indice di massa corporea inferiore e i modelli dietetici che includono in gran parte cibi a base vegetale siano collegati a una salute a lungo termine migliore per la maggior parte delle persone.

È importante ricordare che la maggior parte di questi pazienti sopravviverà al cancro e deve impegnarsi per seguire comportamenti sani per prevenire o controllare altre malattie croniche, come le malattie cardiache e il diabete.

► **Esercizio fisico**

Le linee guida stabiliscono che l'esercizio fisico dovrebbe essere una pratica standard nella cura del cancro. I benefici sono così convincenti che è necessario iniziare a studiare gli strumenti per incorporare l'esercizio fisico per i pazienti che sono sottoposti a chemioterapia o radiazioni o che sono nel periodo perioperatorio.

BIBLIOGRAFIA

- Ligibel JA et al. Exercise, diet, and weight management during cancer treatment: ASCO Guideline. *J Clin Oncol* 2022; epub ahead of print.
- <https://osservatorio.favo.it>

Long covid: evidenze scientifiche e definizione clinico-diagnostica

Il Covid-19 ha colpito centinaia di milioni di persone in tutto il mondo, una percentuale relativamente ampia delle quali continua a soffrire di sintomi persistenti e a volte debilitanti, che non si risolvono nel corso di molti mesi. A questi pazienti viene data la diagnosi di Covid lungo o sequele post-acute di Covid-19 (PASC). È probabile che i singoli pazienti con una diagnosi di PASC abbiano diversi fattori biologici sottostanti che guidano i loro sintomi, nessuno dei quali si esclude a vicenda

a cura di: **Pasquale De Luca**¹

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

► Introduzione

Il Covid-19 ha colpito centinaia di milioni di persone in tutto il mondo. Inizialmente, le autorità e i sistemi sanitari si sono concentrati principalmente sulla fase acuta della malattia a causa delle sue complicazioni e della mortalità immediate. Questo approccio ha sottovalutato l'impatto del Covid-19 sui sopravvissuti, una percentuale relativamente ampia dei quali continua a soffrire di sintomi in corso, a volte debilitanti. Il post-Covid-19, noto anche come "Covid lungo" o "sequele post-acute di Covid-19 (*Post-Acute Sequelae of Covid-19, PASC*)", è un fenomeno caratterizzato da sintomi persistenti in seguito al recupero da Covid-19. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce "condizione post Co-

vid-19" come "una storia di infezione da SARS-CoV-2 probabile o confermata, di solito a 3 mesi dall'inizio del Covid-19 con sintomi che durano almeno 2 mesi e non possono essere spiegati da una diagnosi alternativa".

I sintomi di Covid lungo più comuni sono debolezza, affaticamento, dispnea, deterioramento cognitivo e disturbi dell'olfatto e del gusto. Ciò ricorda le sindromi da fatica a seguito di altre malattie infettive, come il virus di Epstein-Barr, il virus della dengue, la chikungunya e la febbre Q o altre sindromi con fisiopatologia sconosciuta come la sindrome da stanchezza cronica e la fibromialgia. È imperativo discernere tra il lungo Covid e le sindromi postinfettive specifiche che si verificano dopo il Covid-19. Quest'ultimo si riferisce a diverse entità distinte con fisiopatologia precedentemente stabilita che si associano a Covid-19 e tendono a comparire durante il periodo postinfettivo, di solito fino a 12 settimane dalla diagnosi. Questi includono perimiocardite, tiroidite, porpora trombocitopenica idiopatica, sindro-

me di Guillain-Barré. Esiste una base scientifica che implica che questi possano apparire in seguito a malattie infettive e la loro associazione con Covid è plausibile, sebbene richieda ulteriori prove attraverso studi basati sulla popolazione.

► Aspetti di immunobiologia e fisiopatologia

Sono stati ipotizzati diversi meccanismi fisiopatologici, principalmente la disregolazione immunitaria e l'endotelioipatia che colpiscono i polmoni, il cuore e il sistema nervoso centrale o periferico. Tuttavia, queste ipotesi non sono state ancora ben stabilite né definite e sono attualmente in fase di studio. Considerando che gli studi longitudinali hanno riportato una sostanziale diminuzione della prevalenza di ciascuno dei sintomi del Covid lungo, è ragionevole affermare che il Covid lungo è una condizione medica autolimitante. Tuttavia, considerando il suo peso, la natura debilitante e il fatto che un gruppo non trascurabile di individui può soffrire per periodi estremamente lunghi, è

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

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

³ Dipartimento Internistico - AOU Policlinico "Ospedali Riuniti", Foggia

necessario impegnarsi per valutare gli interventi volti ad abbreviare il periodo di tempo per la completa risoluzione dei sintomi.

I potenziali contributori ai sintomi della PASC includono conseguenze da lesioni acute SARS-CoV-2 a uno o più organi, serbatoi persistenti di SARS-CoV-2 in alcuni tessuti, riattivazione di agenti patogeni neurotrofici come gli herpesvirus in condizioni di disregolazione immunitaria Covid-19, interazioni SARS-CoV-2 con le comunità del microbioma/viroma dell'ospite, problemi di coagulazione, segnalazione disfunzionale del tronco encefalico/nervo vago, attività in corso delle cellule immunitarie innescate e autoimmunità dovuta al mimetismo molecolare tra il patogeno e le proteine dell'ospite.

► **Quadro clinico e considerazioni diagnostiche**

Esistono rapporti contrastanti sulla prevalenza del Covid lungo, che vanno dal 5% e fino a circa l'80% a seconda della popolazione intervistata, delle definizioni di classificazione, della gravità della malattia acuta e del tempo trascorso dall'episodio acuto. La prevalenza può essere soggetta a modifiche nel tempo, riflettendo l'emergere di nuove varianti virali (ad esempio, varianti delta e omicron) e l'effetto dei vaccini sulla gravità della malattia e potenzialmente sul Covid stesso lungo.

I fattori di rischio per il lungo Covid stabiliti finora includono un'associazione positiva con la gravità della malattia acuta e un rischio più elevato tra le donne. Anche gli individui di mezza età (40-60 anni) sono maggiormente a rischio di Covid lungo rispetto agli adulti più giovani; tuttavia, ciò può essere confuso dalla gravità della malattia

e giustifica ulteriori ricerche sull'argomento.

Le sequele post-acute di Covid-19 vengono diagnosticate in pazienti che hanno sviluppato Covid-19 acuto grave, ma anche in pazienti che hanno manifestato solo casi lievi o asintomatici. Sebbene più sistemi di organi possano essere coinvolti nel Covid-19 acuto, le manifestazioni più comuni sono sistemiche, respiratorie, gastrointestinali, cardiovascolari e neurologiche. Al contrario, le manifestazioni più comuni della sindrome post-Covid-19 sono sistemiche (affaticamento, debolezza muscolare, scarsa concentrazione, disturbi dell'olfatto e del gusto), neuropsichiatriche (insonnia, cefalea cronica, "nebbia cerebrale", difetti della memoria, disturbi dell'umore e sindromi dolorose), cardiache (palpitazioni, sincope, aritmie e sintomi posturali) e respiratori (dispnea, tosse, rinite cronica, faringodinia). Il 27% circa dei soggetti riporta sintomi persistenti dopo 60 giorni, con età compresa tra 50 ± 20 anni. Le donne hanno maggiori probabilità di riportare sintomi persistenti.

Il long Covid è dunque caratterizzato da un'abbondanza di sintomi somatici e psicosociali, mentre l'esame obiettivo, l'imaging e gli esami del sangue sono generalmente insignificanti. I sintomi variano nella loro intensità e possono diventare debilitanti, compromettendo la propria capacità di riguadagnare il funzionamento lavorativo e sociale pre-malattia. Anche il decorso dei sintomi può variare da individuo a individuo. Mentre la maggior parte segnala un miglioramento nel tempo, alcuni riferiscono sintomi costanti, un andamento crescente e decrescente o addirittura una tendenza al peggioramento. La durata di un lungo Covid è variabile e molti degli individui

affetti continuano a soffrire per lunghi periodi di tempo e le segnalazioni di sintomi che durano da 12 mesi e più sono abbondanti.

In assenza di segni specifici o di altri indizi diagnostici portanti, il Covid lungo viene diagnosticato escludendo altre condizioni cliniche. La valutazione degli individui con sintomi in corso a seguito di Covid-19 si basa su un'anamnesi meticolosa e su un esame fisico. Ogni volta che questi implicano un'entità post-infettiva accertata, il lavoro dovrebbe essere diretto all'entità sospettata. Nel contesto appropriato, dopo aver escluso i segni che suggeriscono una diagnosi alternativa, in un paziente che riporta sintomi tipici, si può tranquillamente ipotizzare un Covid lungo.

Va sottolineato che il Covid lungo di solito non è accompagnato da anomalie dei segni vitali, dell'esame obiettivo o dei parametri ematici. I medici dovrebbero quindi considerare tali anomalie come segni allarmanti, suggerendo un'altra diagnosi.

Questi segni includono febbre prolungata, sudorazione notturna, perdita di peso inspiegabile, marcatori di infiammazione significativamente elevati e qualsiasi altro test di laboratorio anormale. Sebbene la perdita di peso sia stata segnalata come un lungo sintomo di Covid in due studi, non la consideriamo tra i tipici sintomi di Covid lungo. Pertanto, si consiglia un'indagine approfondita in questi pazienti.

► **Management**

Occorre anzitutto riconoscere la sindrome clinica e rassicurare il paziente. Oltre alla sofferenza derivante dai sintomi debilitanti, molte persone che vivono da tempo il Covid resistono al dubbio, alla vergogna e allo stigma sociale. Uno dei

ruoli più importanti dei medici che si prendono cura delle persone con Covid lungo è riconoscere la sofferenza dei loro pazienti. Molti dei malati trovano conforto nella scoperta che la loro dura esperienza è un fenomeno comune. In assenza di interventi basati sull'evidenza, è particolarmente importante rassicurare il paziente. È importante dunque trasmettere il messaggio che il Covid lungo generalmente porta una buona prognosi e tende a risolversi nel tempo. È consigliabile inoltre informare i pazienti che la durata dei sintomi potrebbe essere molto lunga e che attualmente è impossibile prevedere il decorso individuale dei sintomi. Long Covid è un'entità debilitante che colpisce la vita di milioni di malati in tutto il mondo. Poiché la sua fisiopatologia non è ancora stata compresa, mancano ancora gli interventi volti a migliorare la qualità della vita e il tasso di risoluzione dei sintomi di accelerazione. I medici che si prendono cura di questi pazienti dovrebbero concentrare i

loro sforzi su tre aspetti principali: escludere altre entità, rassicurazione del paziente e il rinvio per la riabilitazione quando appropriato. Gli individui con malattie croniche e debilitanti, in particolare quelli con neoplasie, costituiscono una particolare sottopopolazione essendo più suscettibili al Covid-19 e forse anche al Covid lungo. Inoltre, i loro sintomi di Covid lungo non specifici e sistemici imitano la progressione o la recidiva della malattia e quindi possono porre dilemmi diagnostici. I medici dovrebbero essere consapevoli di questo fenomeno e avere familiarità con i sintomi tipici e con i segni allarmanti che implicano altre diagnosi. Questo approccio risparmierà ai pazienti inutili distress e procedure diagnostiche. Inoltre, un approccio olistico, rassicurazione e programmi di riabilitazione possono fornire a questi individui conforto e speranza, meriti che potenzialmente hanno un valore terapeutico, che è di particolare bisogno quando non vengono provati trattamenti diretti.

► Conclusioni e prospettive future

Una percentuale notevole di pazienti con Covid-19 mostra sintomi residui oltre l'infezione acuta. In un sottogruppo di questi individui, i sintomi possono persistere oltre le 12 settimane dall'esordio della malattia e sono classificati come sindrome post-Covid-19. Possono essere coinvolti più organi, ma le manifestazioni dominanti della sindrome post-Covid-19 sono polmonari, neuropsichiatriche, cardiovascolari e gastrointestinali. A causa dell'eterogeneità della patogenesi e delle manifestazioni della malattia, è fondamentale istituire definizioni di malattia canonica basate su criteri clinici e di laboratorio oggettivi. Una rigorosa profilazione seriale ad alta dimensione dei tessuti e del sangue periferico, che collega gli aspetti fisiopatologici alle presentazioni e ai risultati clinici, aiuterà a delineare quelle che potrebbero essere sindromi multiple che sono ancora incluse nel termine sindrome post-Covid-19.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Ackermann M et al. Pulmonary vascular endothelialitis, thrombosis, and angiogenesis in Covid-19. *N Engl J Med* 2020; 383: 120-128.
- Berlit P, Bösel J et al. Neurological manifestations of Covid-19. Guideline of the German society of Neurology. *Neurol Res Pract* 2020; 2: 51.
- Carfi A, Bernabe R et al. Persistent symptoms in patients after acute Covid-19. *J Am Med Assoc* 2020; 324: 603-605.
- Chen L, Quach TT. Covid-19 cytokine storm syndrome: a threshold concept. *Lancet Microbe* 2021; 2, e49-e50.
- Choi B, Choudhary M et al. Persistence and evolution of SARS-CoV-2 in an immunocompromised host. *N Engl J Med* 2020; 383: 2291-2293.
- Del Rio C, Collins LF et al. Long-term health consequences of Covid-19. *J Am Med Assoc* 2020; 324: 1723-1724.
- Gaebler C, Wang Z et al. Evolution of antibody immunity to SARS-CoV-2. *Nature* 2021; 591: 639-644.
- Gupta A, Madhavan MV et al. Extrapulmonary manifestations of Covid-19. *Nat Med* 2020; 26: 1017-1032.
- Libby P, Luscher T. Covid-19 is, in the end, an endothelial disease. *Eur Heart J* 2020; 41: 3038-3044.
- Liotti FM, Menchinelli G et al. Assessment of SARS-CoV-2 RNA test results among patients who recovered from Covid-19 with prior negative results. *JAMA Intern Med* 2020; 181: 702-704.
- Nalbandian A, Sehgal K et al. Post-acute Covid-19 syndrome. *Nat Med* 2021; 27: 601-615.
- Oran DP, Topol EJ. Prevalence of asymptomatic SARS-CoV-2 infection: a narrative review. *Ann Intern Med* 2020; 173: 362-367.
- Shen Z, Xiao Y et al. Genomic diversity of severe acute respiratory syndrome-coronavirus 2 in patients with coronavirus disease 2019. *Clin Infect Dis* 2020; 71: 713-720.
- Wang EY et al. Diverse functional autoantibodies in patients with Covid-19. *Nature* 2021; 595: 283-288.
- Weerahandi H et al. Post-discharge health status and symptoms in patients with severe Covid-19. *J Gen Intern Med* 2021; 36: 738-745.

Stato dell'arte degli studi sulla longevità

La longevità umana risulta essere enormemente complessa ed eterogenea, differente nel tempo e nello spazio e significativamente diversa negli uomini e nelle donne

Claudio Franceschi

Professore Emerito di Immunologia, Università di Bologna e Principal Investigator Università Nazionale "Lobachevsky" di Nizny Novgorod, Russia

L'Italia si caratterizza per un marcato invecchiamento della popolazione e per un numero di centenari tra i più alti al mondo. Poiché quest'ultimo parametro può essere assunto come *proxi* delle condizioni di vita generali di una popolazione esso suggerisce due considerazioni: una positiva, che sottolinea quanto favorevoli siano state le condizioni di vita complessive in Italia, che hanno consentito ad un grande numero di cittadini di raggiungere età avanzate ed estreme, ed una più negativa che fa intravedere grandi problemi di sostenibilità economico-sociale e medica.

In questo scenario si è inserita la pandemia da Covid-19, il cui impatto sulla popolazione anziana è stato devastante, caratterizzato nel 2020 da un massimo di decessi dal secondo dopoguerra, dovuti sia direttamente al Covid-19 che all'acuirsi delle condizioni di fragilità mediche e socio-economiche.

L'ISTAT ci dice infatti che:

1. la speranza di vita alla nascita è scesa a 82 anni nel 2020 (1,2 anni sotto il livello del 2019) essendo gli uomini i più penalizzati (79,7 anni, ovvero meno 1,4 anni) in confronto alle donne nelle quali è scesa a 84,4 (meno 1 anno), ampliando il differenziale di genere;

2. il contributo più rilevante all'aumento dei decessi del 2020 rispetto alla media degli anni 2015- 2019 è dovuto all'incremento dei morti ultratantenni (76.708 in più rispetto al quinquennio di riferimento).

► Ricerca

I principali risultati delle mie ricerche sono qui riassunti, tenendo presente che, date le caratteristiche della popolazione italiana, si riferiscono fondamentalmente a donne centenarie, anche se in pressoché tutti gli studi abbiamo messo in evidenza differenze di genere più o meno marcate. In particolare abbiamo:

► Inquadrato l'aumento della longevità umana negli ultimi 150 anni circa in una prospettiva integrata ecologico-evolutiva, sottolineando che si tratta di un processo molto complesso, storicamente e geograficamente dinamico, risultato di fattori continuamente interagenti sia biologici, quali le tre genetiche (nucleare, mitocondriale e del microbioma), che non biologici (famiglia, struttura sociale, stato socio-economico, livello educativo), entrambi diversi negli uomini e nelle donne.

- Proposto ed argomentato i concetti/termini di "immunobiografia" e "biografia tiroidea" quali esempi per sottolineare la maggiore caratteristica dei centenari e della longevità umana, ovvero la grandissima variabilità ed eterogeneità dei fenotipi e di tutti i parametri misurati.

- Dimostrato che il fenotipo dei centenari è straordinariamente simile a quello di soggetti che si sottopongono a restrizione calorica (tolleranza al glucosio e sensibilità all'insulina, bassi livelli di IGF-1 e ormoni tiroidei).

- Evidenziato la continua evoluzione in funzione dell'età del microbiota/microbioma di soggetti dai 20 ai 109 anni, ri-

portando che i centenari mostrano peculiari caratteristiche favorevoli, riguardo a composizione e funzione, verosimilmente collegate alla loro alimentazione ed al loro peculiare stato immunologico.

- Osservato che il genotipo dei centenari presenta significative differenze riguardo a varianti di geni quali APOE, IL-6, IGF-1 e alla regione cromosomica 9p21 e 5q33.3.

- Studiato il genoma completo di 81 semisupercentenari (105+) e supercentenari (110+) (età media 106.6 anni) e di 36 soggetti sani di controllo (età media 68 anni), sequenziati ad una grande profondità (90x, ovvero ogni genoma sequenziato 90 volte). I risultati, replicati in 333 centenari (100+) e 358 controlli più giovani, hanno mostrato che i 105+ e 110+ sono caratterizzati da un peculiare background genetico associato a efficienti meccanismi di riparazione del DNA e da una ridotta emopoiesi clonale (fattore di rischio per cardiopatie e tumori).

- Osservato che DLX5 e DLX6, due fattori trascrizionali ereditati dal Neanderthal ed evolutivamente coinvolti nello sviluppo cerebrale e del linguaggio, sono significativamente sottorappresentati nei 105+, suggerendo un loro coinvolgimento nella coevoluzione di longevità, sociabilità e linguaggio.

• *Medicina di Genere Newsletter 2022 (Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere, Gruppo Italiano Salute e Genere (GISeG), Centro di Riferimento per la Medicina di Genere - ISS)*

Bibliografia disponibile a richiesta

E se fosse il farmaco?

Non sempre una reazione avversa a un medicinale è immediatamente intuibile. È sempre utile, di fronte a un sintomo che non ha una spiegazione evidente, porsi la domanda: “E se fosse il farmaco?”. Quasi sempre è solo il Mmg, con la sua visione panoramica e multidimensionale dei propri pazienti, che può intuire le possibili cause in queste situazioni complesse

Gilberto Lacchia

Medico di medicina generale, Ivrea - prescrivere.blogspot.com

IL SIGNOR ANTONIO: PRURITO SENILE?

Il signor Antonio è un 75enne iperteso, che all'inizio del 2020 ha avuto un infarto miocardico. Da allora è in terapia con valsartan/HCT, atorvastatina, ASA, bisoprololo e amlodipina.

Dopo alcuni mesi viene in studio diverse volte lamentando episodi di prurito intenso ad entrambe le gambe, generalmente notturno: deve alzarsi dal letto, scoprire le gambe (“sembra che mi pigliano fuoco!”) e bagnarle con acqua fredda.

Obiettivamente non trovo manifestazioni cutanee suggestive di qualche problema dermatologico, a parte qualche lesione da grattamento. Consiglio una terapia sintomatica (olio vea) ed eventualmente un antistaminico per bocca se il disturbo dovesse continuare.

Il problema si risolve spontaneamente. A distanza di alcuni mesi, però, il signor Antonio torna di nuovo in studio lamentando gli stessi sintomi notturni. A questo punto viene presa in considerazione l'ipotesi che la causa sia uno dei farmaci che ha in terapia, l'amlodipina.

Il signor Antonio aveva cominciato ad assumere amlodipina verso nell'inverno del 2021 e i primi sintomi si erano manifestati all'inizio di marzo. Con l'arrivo della stagio-

ne calda, però, l'amlodipina era stata sospesa e il sintomo si era apparentemente risolto da solo. Nel mese di ottobre, con l'aumento dei valori di pressione, la reintroduzione dell'amlodipina aveva di nuovo scatenato le reazioni notturne (il signor Antonio la assumeva dopo cena). Sospeso definitivamente il farmaco, il disturbo non si è più presentato.

► Commento

Per quanto riguarda il profilo di sicurezza dell'amlodipina, gli eventi avversi più comuni sono di natura cardiovascolare (palpitazioni e vampate di calore) e gastrointestinali (dolore addominale, nausea, dispepsia, diarrea o stipsi). Molto frequenti sono l'edema delle caviglie, crampi muscolari, reflusso gastroesofageo e astenia. Il prurito e l'eritema, invece, non sono reazioni avverse comuni. Ancora meno comuni, ma segnalato in letteratura, è il prurito generalizzato.

LA SIGNORA GABRIELLA: NON LA RICONOSCO PIÙ

Gabriella è un'arzilla vecchietta di 86 anni. Vive con il marito ed entrambi sono accuditi dalla figlia, molto attenta alla loro salute.

La signora ha un diabete ben compensato solo con la dieta, è porta-

trice di pace-maker (BAV III grado) e soffre di ipertensione arteriosa, gotta e glaucoma. È in terapia continuativa con candesartan/idroclorotiazide, febuxostat, bisoprololo, simvastatina e bimatoprost/timololo collirio.

Recentemente la figlia ha consultato il medico di famiglia per un peggioramento della stitichezza della madre. Ha anche avuto qualche giorno di febbre e si lamenta di dolore addominale ai quadranti di sinistra.

Dopo il fallimento delle comuni misure per la stipsi (idratazione, fibre, macrogol, senna) vengono richiesti alcuni accertamenti e sospettata una diverticolite (TC con mdc: “area edematosa del sigma con falda fluida pelvica”).

Viene avviata una terapia antibiotica che risulta efficace sulla febbre e sul dolore addominale.

La stitichezza, tuttavia, sembra ancora disturbare Gabriella. La figlia è preoccupata e porta la madre a una visita specialistica privata. Il chirurgo conferma il sospetto clinico di diverticolite. Consigliata una gastroscopia (erano riferiti anche nausea e sintomi vaghi ai quadranti addominali alti), che viene eseguita il giorno stesso nella struttura privata e che risulta normale.

Dato che Gabriella lamenta una for-

te nausea, il chirurgo prescrive clebopride, ondansetron e un lassativo a base di erbe.

Dopo qualche giorno, la figlia di Gabriella contatta di nuovo il medico di famiglia. Da quando è stata dal gastroenterologo la madre ha cominciato ad avere problemi di deambulazione, instabilità e disturbi del linguaggio. In casa deve usare un deambulatore per evitare di cadere.

Ha uno "strano" sguardo e non è sempre facile capire quello che dice. È molto più agitata del solito e di notte non riesce a dormire. "Non la riconosco più. Può essere una demenza senile?"

Gabriella viene visitata a casa. I sintomi addominali sono migliorati, non ha più dolore né febbre e la funzione intestinale è soddisfacente.

Il linguaggio è però impacciato, strascicato e non sempre comprensibile. Lo sguardo fisso. La deambulazione è difficoltosa: Gabriella deve essere aiutata ad alzarsi dalla sedia e cammina con un'andatura rigida, tendente alla retroulsione, aiutandosi con un deambulatore che non aveva mai usato in precedenza.

L'esame obiettivo neurologico non rivela segni di lato. I riflessi osteotendinei sono vivaci, le pupille isocoriche e normoreagenti alla luce; scarsa coordinazione bilaterale alla prova indice-naso, prova di Mingazzini I e II simmetriche. Instabilità e tendenza alla caduta al test di Romberg.

• Farmaci "neurolettici mascherati"

La clebopride è una benzamide sostituita, un gruppo di farmaci dopaminergici, imparentati con la procainamide, di cui fanno parte anche alizapride, levosulpiride e metoclopramide.

Gli autori della rivista Prescrivere chiamano questo gruppo di farma-

ci "neurolettici mascherati", poiché sono commercializzati per indicazioni diverse da quelle tipicamente psichiatriche, in questo caso come procinetici, ma condividono effetti ed effetti avversi con altri neurolettici che agiscono sul sistema dopaminergico.

Per la clebopride sono stati segnalati:

- **disturbi del sistema nervoso:** disturbi extrapiramidali, distonie (più comunemente di collo, lingua o viso), disturbi del linguaggio, discinesia, tremore, sonnolenza, sedazione e discinesia tardiva (in particolare in pazienti anziani dopo terapie prolungate);

- **disturbi psichiatrici:** nervosismo, ansia, stato confusionale, sonnolenza;

- **problemi endocrini:** iperprolattinemia (tensione mammaria, galattorrea, amenorrea, ginecomastia e disfunzione erettile) dopo trattamenti prolungati.

Nel database di farmacovigilanza dell'OMS Vigiaccess.org i disturbi del sistema nervoso costituiscono il 75% delle segnalazioni per la clebopride, seguiti dai disturbi psichiatrici. *Dopo qualche giorno dalla sospensione della clebopride (e dell'ondansetron), Gabriella comincia a parlare in modo più comprensibile e a muoversi con un'andatura più fluida e meno rigida, anche se ancora con l'uso del deambulatore.*

► Commento

Nella situazione descritta, oltre alla reazione distonica provocata dalla clebopride, può aver contribuito la somministrazione di 5 mg di diazepam poco prima della gastroscopia. In alcuni servizi di endoscopia agli anziani viene somministrata solo un'anestesia locale prima delle gastroscopie, per evitare sedazione eccessiva o reazioni paradosse alle benzodiazepine.

La scelta di una benzodiazepina a lunga emivita, inoltre, non è molto felice nel caso di una ultraottantenne in cui gli effetti avversi (confusione, disturbi della deambulazione, cadute) possono sommarsi a quelli di altre terapie (come in questo caso) e durare a lungo.

La prescrizione dell'ondansetron per la nausea è off-label: il farmaco è autorizzato solo per nausea/vomito da chemioterapia e nel post-operatorio.

L'ondansetron, inoltre, è un farmaco che allunga l'intervallo QT e può avere un effetto sinergico negativo con la clebopride (tutte le benzamidi sostituite allungano l'intervallo QT): una possibilità non auspicabile in una cardiopatica. In terzo luogo, l'ondansetron può causare stipsi (sono state segnalate occlusioni intestinali) e in questo caso è esattamente il contrario di ciò che si vuole ottenere.

► In pratica

Quasi sempre è solo il medico di medicina generale, con la sua visione panoramica e multidimensionale dei propri pazienti, che può intuire le possibili cause in queste situazioni complesse.

Tenere costantemente presenti effetti avversi, anche meno comuni, causati da farmaci che spesso sono considerati "innocui" (semplici "digestivi" come i procinetici) può farci evitare le trappole della cascata prescrittiva o funesti invii in pronto soccorso.

BIBLIOGRAFIA

- prescrivere.blogspot.com
- <https://vigiaccess.org>
- Orme S, da Costa D. Generalised pruritus associated with amlodipine. *BMJ* 1997; 23;315: 463.

C'è cefalea e cefalea

Condividere le proprie esperienze cliniche è fondamentale. E se la condivisione avviene con ironia può facilitare l'interesse dei colleghi. Pubblichiamo di seguito un caso pratico, elaborato come fosse un dialogo teatrale in cui i tre attori - medico, tirocinante in medicina generale, paziente - interagiscono tra loro raccontando quello che avviene quotidianamente nello studio medico

Domenica Basile - A.S.P. La Quiete (Azienda Pubblica di Servizi alla Persona) - Udine

Dott. "Buongiorno Giorgia. Anche con questa tempesta tropicale, riesci a venire in studio a fare tirocinio?"

Giorgia: "Certo dottore! Sono i miei primi giorni nel suo ambulatorio... dovrà sopportarmi per sei mesi... non voglio che pensi che sia una scansafatiche! Per qualche goccia di pioggia."

Dott.: "Qualche goccia di pioggia??. . . ero indecisa se prendere la barca per venire in studio, il mio giardino era già sommerso. Vedrai che con questo tempo non verrà nessuno in ambulatorio!"

Giorgia: "Ma no! Speriamo vengano in tanti! Più visito e più imparo! Non crede?"

Dott.: "Intanto ti dico di darmi del tu, siamo colleghi... e poi altrimenti mi fai sentire vecchia! E per quanto riguarda quello che hai detto... dai, speriamo vengano in pochi ma buoni, almeno che ci diano tempo di riflettere su ciò che vediamo in modo da dargli terapie e prescrizioni corrette! Ma vedrai che con questo diluvio, se ne staranno tutti tranquilli a casa!"

Giorgia: "Mi sa che ha sbagliato... hai sbagliato, volevo dire... già bussano alla porta."

Dott.: "Avanti, prego, entri pure"

Maria: "Buongiorno dott.ssa. Sono venuta a trovarla con mia cugina Anna, è di Bologna ed è venuta da me per qualche giorno. Diciamo che non ha scelto i giorni migliori per fare una gita di piacere, ha visto che tempo? E io che volevo portarla in giro per le nostre colline..."

Dott.: "Quindi, visto che il tempo è brutto, ha pensato di convertire la gita in collina con la gita dal dottore?"

Maria: "Ma no, cioè... certo mi fa piacere presentargliela, ma purtroppo abbiamo

un problema. Da stamane è comparso ad entrambe un bel mal di testa. Lei sa che io ne soffro periodicamente, mentre per Anna è la prima volta. So che non è una sua assistita... ma si trova lontana da casa e non è sembrato il caso di portarla in PS per un mal di testa... non è che potrebbe dare un'occhiata anche a lei?"

Dott.: "Giorgia, che dici? Le accontentiamo?"

Giorgia: "Beh, la sala d'attesa è vuota... noi siamo in due medici. Direi che ce la possiamo fare!"

Dott.: "Ottima risposta, Giorgia. Certo che possiamo. Signore, Giorgia è una tirocinante di medicina generale. Starà in ambulatorio ad aiutarmi e a imparare per qualche mese."

Maria e Anna: "Piacere! È bello vedere qualche giovane per di qua."

Dott.: "Grazie per avermi dato della vecchia."

Maria: "Ma no... lei è giovane dentro e con tanta esperienza fuori!"

Dott.: "Va bene va bene... Allora, Giorgia, la signora Maria è mia paziente da molti anni e, purtroppo per lei, ci vediamo spesso perché da almeno una decina di anni soffre di cefalea ricorrente, con una frequenza di un paio di episodi ogni 2-3 mesi. Può raccontare alla collega le caratteristiche abituali della sua cefalea?"

Maria: "Mi prende in modo diffuso a tutta la testa, è come un senso di peso, di oppressione specie qui sulla fronte, come avessi una bandana che mi stringe. Generalmente mi dura un paio di giorni e quindi mi passa."

Dott.: "Giorgia, hai qualche idea? Dalle caratteristiche descritte, ti orienti per un ti-

po di cefalea piuttosto che un altro?"

Maria: "Soffro di cefalea..."

Dott.: "Shhhhhh!!! Non si accettano suggerimenti! Aiutino da casa. Cefalea a grappolo, tensiva o emicrania?"

Giorgia: "Allora, emicrania direi di no. Propenderei più per la cefalea tensiva."

Dott.: "Esatto, ma detta così sembra quasi tu l'abbia sparata a caso. Dai, dimmi quello che ti ricordi sulla cefalea tensiva."

Giorgia: "La cefalea tensiva è il tipo di cefalea più comune. Non ha sintomi associati e si presenta proprio come ci ha descritto Anna: dà un senso di pressione al capo e di testa piena, è come un peso o un dolore a banda; è bilaterale e generalmente la sua intensità è lieve-moderata."

Dott.: "Esattamente. Può essere episodica o cronica; la definiamo cronica se è presente più di 15 giorni al mese. Questa distinzione è importante per la terapia: nelle forme episodiche, è sufficiente una terapia sintomatica nelle fasi acute, mentre nella cronica può essere utile una terapia profilattica."

Maria: "Quante cose che impariamo anche noi! Vedi Anna, che abbiamo fatto bene a venire qui? E tu che volevi startene a casa a vedere *Beautiful!*"

Giorgia: "Ma la cefalea da stress, la cefalea da contrattura muscolare e la cefalea psicogenica sono sottogruppi della cefalea tensiva?"

Dott.: "No no, sono solo vecchi nomi per definire quella che oggi è detta cefalea tensiva. Poi anche rimuoverli dalla memoria. Ora Giorgia, potresti visitare la signora Maria?"

Giorgia: "Certo! Lo faccio subito"

Dott: "Hai trovato qualcosa di particolare all'esame obiettivo?"

Giorgia: "No, nulla, tutto bene"

Dott: "Vediamo...se la palpo qui al collo, signora Maria, le faccio male?"

Maria: "Ahii...piano...sì sì, un po' mi fa male"

Dott: "Ecco, vedi Giorgia, generalmente l'unico reperto che puoi trovare in un paziente con cefalea tensiva è la dolerabilità alla palpazione dei muscoli del collo e del capo, a livello del trapezio e dello sternocleidomastoideo, ma anche in sede frontale, temporale e così su tutto il capo. Utilizzi indice e medio uniti applicando una piccola pressione mentre fai movimenti rotatori."

Giorgia: "Per farlo... avrei dovuto saperlo."

Dott: "Non preoccuparti! Sei qua per imparare, è normale che tu non sappia tutto. Nessuno sa tutto, Giorgia, anzi, diffidare da chi crede di sapere tutto. Che dici, le facciamo fare una TAC? O meglio una RM?"

Maria: "Oddio, dottore, mi devo preoccupare?!"

Giorgia: "No, no...penso mi stia prendendo in giro! Nessuna delle due! La diagnosi di cefalea tensiva è clinica!"

Dott: "Bravissima Giorgia! C'è il sito sulla classificazione internazionale delle cefalee, ICHD-3, dove trovi tutti i criteri per far diagnosi: in questo caso, se è bilaterale, lieve-moderata, descritta come un peso, non peggiora con l'esercizio fisico e non ha sintomi associati, o al massimo un episodio di foto o fonofobia, puoi già fare diagnosi."

Maria: "E quindi dopo tutte queste vostre elucubrazioni, cosa mi date per farmi stare meglio?"

Dott: "Cosa le diamo, Giorgia?"

Giorgia: "Un FANS?"

Dott: "Esatto. I FANS sono i capisaldi della cefalea tensiva; va bene anche il paracetamolo, ma sembra un po' meno efficace quindi è preferibile in caso di allergia o intolleranza ai FANS o nelle donne gravide".

► La signora Anna

Dott: "Ora passiamo alla signora Anna. Anche lei soffre abitualmente di cefalea?"

Anna: "No, veramente è la prima volta

che mi capita. Sono sempre stata bene in vita mia."

Dott: "Quanti anni ha, è allegica?"

Anna: "48. No no, a nulla!"

Dott: "Allora concentriamoci sul suo mal di testa. Quindi non ne ha mai sofferto in passato, è la prima volta. E quando è iniziato?"

Anna: "Stamattina. Ci siamo alzate, ho bevuto il caffè, e mi è iniziato questo mal di testa forte proprio qua, vicino all'occhio destro e sta diventando sempre più forte. Ho provato una tachipirina da 1000 mg, ma nulla di nulla."

Dott: "Giorgia, che ne pensi?"

Giorgia: "Il fatto che non ne abbia mai sofferto prima, che sia molto intenso e ingravescente mi preoccupa un po', direi."

Dott: "Esatto Giorgia, hai centrato il punto. Ci sono certe caratteristiche nelle cefalee che ci devono fare drizzare le antenne. Io me le ricordo pensando a Snoopy, il cagnolone di Charlie Brown, perché l'acronimo me lo ricorda! Snoop, prendi nota. *Systemic symptoms, neurological symptoms, onset is new, other, previous headache*: se ha sintomi sistemici, o neurologici, se di nuova insorgenza, specie dopo i 40 anni, se associati ad altre condizioni come trauma cranico o è una cefalea preesistente ma più intensa come frequenza o gravità, mi si deve accendere la sirena rossa di allarme!"

Dott: "È sicura di non aver subito recenti traumi cranici, di non aver avuto febbre, vomito o altri disturbi?"

Anna: "Ora che mi dice quando mi è insorto il mal di testa, stamane, ho avuto un episodio di vomito, sa... la colazione."

Dott: "Ok. Ora la visitiamo e poi le spiego bene tutto, signora Anna. Giorgia, puoi visitarla tu per favore?"

Dott: "Trovi qualcosa di particolare?"

Giorgia: "Sì. Vieni a confermare se trovi anche tu la stessa cosa... Al Mingazzini l'arto superiore sinistro sottoslivella e c'è un certo grado di rigidità nucale, che ne pensi?"

Dott: "Sì effettivamente confermerei anche io i tuoi reperti. Allora, signora Anna: il fatto che le sia insorto questo mal di testa dal nulla, non avendone mai sofferto

prima, associato all'episodio di vomito, fa sì che si deve approfondire perché potrebbe avere cause che vanno corrette. Durante la visita troviamo qualche modesto segno neurologico che ci rafforza in tale convinzione. E visto che il cervello è la parte più nobile che abbiamo, è bene trattarla come tale e approfondire bene! Quindi chiamo il 112 perché è bene che questi accertamenti li faccia in PS in tempi brevi. Ora vado a chiamare l'ambulanza. Giorgia, completa la visita prendendo i parametri e poi fai stendere la signora nell'altra stanza in attesa dell'arrivo del servizio di emergenza. Tu che idea ti sei fatta? Cosa potrebbe avere secondo te?"

Giorgia: "Spero di no, ma la clinica - cefalea ingravescente, esordio improvviso, vomito, esame neurologico, mi fanno propendere per emorragia sub aracnoidea."

Dott: "Già, è quello che sospetto anche io... da come la descriveva, sembra proprio la cefalea 'a rombo di tuono', caratteristica dell'emorragia sub-aracnoidea. E poi aveva anche alcune caratteristiche accessorie che possono presentarsi: vomito, rigidità nucale. Ecco, Giorgia, sono arrivati i sanitari del 118, vai pure di là ad illustrargli il caso e i parametri".

Giorgia: "Ecco. L'hanno portata via, dopo chiamerò per sapere come sta e cosa le hanno trovato. Dott.ssa la vedo un po' pallida, che succede?"

Dott: "Inizio a vedere scotomi scintillanti sullo schermo... temo mi arrivi un bell'attacco di emicrania. Ne soffro da quando ho iniziato a studiare medicina. Coincidenza? Non credo..."

Giorgia: "Aura emicranica con sintomi positivi. Capita anche a me, purtroppo, quindi so di cosa parla. A volte però ho solo l'aurea, speriamo che anche a te si limiti a questa."

Dott: "Già speriamo... chiudo gli occhi e aspettiamo un po'. Niente da fare... mi sta partendo l'emicrania con le solite caratteristiche...dolore pulsante, unilaterale, ingravescente... dovevo prendermi un farmaco subito... ma sai come siamo noi medici, siamo i peggiori pazienti!"

• Articolo originale disponibile in <https://medicinainterna.blog>

Eczema disidrotico a piedi e mani

La fisiopatologia dell'eczema disidrotico non è stata definitivamente stabilita, ma sono state proposte diverse ipotesi e molti pazienti presentano una disposizione generale per dermatite atopica

Un uomo di 57 anni con DT2 e ipertensione da 2 settimane presenta lesioni vescicolo-bollose ai piedi e alle mani. Le lesioni, estremamente pruriginose, sono apparse per la prima volta su entrambi i piedi e sono aumentate di dimensioni e numero; negli ultimi giorni, hanno iniziato a svilupparsi su entrambi i palmi delle mani e sui lati delle dita. Sono assenti febbre e sintomi costituzionali. Il paziente vive da solo, senza animali domestici, in un appartamento pulito; non ha allergie note. È in trattamento con insulina, labetalolo e lisinopril/idroclorotiazide, omeprazolo.

► Esame fisico e workup

All'esame fisico, nulla da segnalare. Temperatura 37,1°C, PA 130/85 mmHg, FC 70 bpm, saturazione ossigeno 98% aria-ambiente. Le vescicole, che appaiono piene di liquido sono di dimensioni variabili (da 1 mm a 3 cm), sono tutte color pelle, senza alcun eritema circostante. Le gambe mostrano edema non-pitting fino alle ginocchia e sensazione ridotta al tocco leggero, l'orofaringe è libera da qualsiasi lesione.

► Diagnosi e trattamento

La diagnosi di eczema disidrotico, noto anche come *pompholyx*, è stata posta sulla base della storia del paziente e dei risultati dell'esame fisico. Una delle bolle (3 cm x 1,5 cm) è stata drenata per via percutanea con una siringa da 10 cc. Sono stati aspirati circa 3 ml di un fluido trasparente. Il tetto della vescicola è stato lasciato intatto. Per confermare la diagnosi ed escludere ipotesi diagnostiche alternative, è stata esegui-

ta una biopsia della pelle dal piede. Il paziente è stato istruito per iniziare un regime di steroidi topici e impacchi umidi. È stata raccomandata una crema idratante da banco e la soluzione di Burow (acetato di alluminio al 10%) e clobetasolo propionato. Durante una visita di follow-up, il paziente è stato sottoposto a patch test, ma non è stato identificato un allergene da contatto causale.

► Discussione

Si stima che l'eczema disidrotico sia presente in circa l'1% della popolazione ed è più comune nelle donne. La maggior parte dei casi si presenta prima dei 40 anni di età. Si trova più comunemente nei climi più caldi e umidi, specialmente in primavera ed estate. Le recidive possono verificarsi per tutta la vita di un paziente, con o senza trattamento. La fisiopatologia dell'eczema disidrotico non è stata definitivamente stabilita, ma sono state proposte diverse ipotesi. Il termine "disidrosi" è un termine improprio che si riferisce all'ipotesi originale della disfunzione della ghiandola sudoripare, che è caduta in disgrazia. Inoltre, i pazienti non sono in genere noti per sperimentare iperidrosi. L'associazione della condizione con l'atopia è interessante, poiché circa il 20% dei pazienti sperimenta eczema della mano concomitante e circa il 50% dei pazienti ha una disposizione generale a una diatesi atopica (ad esempio, asma, febbre da fieno e sinusite). Altri fattori esogeni che sono stati implicati e possono scatenare episodi includono dermatite da contatto con metalli pesanti; sensibilità ai metalli ingeriti;

esposizione ad altri allergeni da contatto, infezione da dermatofiti o batteri. Lo stress emotivo e fattori ambientali sono segnalati per esacerbare la disidrosi.

La presentazione classica è di colture di vescicole o bolle che eruttano bilateralmente sui palmi delle mani e sugli aspetti laterali delle dita. Le vescicole possono fondersi nel tempo per formare bolle multilocalizzate. La maggior parte dei casi coinvolge solo le mani, ma circa il 10% dei pazienti ha lesioni sia sulle mani che sui piedi e un altro 10% ha lesioni solo sui piedi. Le lesioni possono essere intensamente pruriginose, portando a desquamazione secondaria ed erosioni e ulcerazioni da graffi. Cellulite, linfangite o infezione delle lesioni stesse possono svilupparsi con la presenza di lunga data di lesioni e/o scarsa igiene. Le colture vescicolari di solito si risolvono spontaneamente dopo 3-4 settimane. Sebbene autolimitati, i focolai si alternano spesso a intervalli liberi da malattia di settimane o mesi e, se gravi, possono essere estremamente invalidanti.

La diagnosi differenziale si pone con i disturbi immunobollosi (pemfigoide bolloso e volgare) o altre dermatosi. La diagnosi viene solitamente effettuata sulla base della storia clinica, dell'esame fisico e dell'esclusione di diagnosi alternative. La coltura batterica e le sensibilità possono essere valutate per le infezioni secondarie. Una biopsia cutanea può anche essere utile per confermare l'impressione clinica in casi non responsivi e per escludere diagnosi alternative.

• Fonte: www.medscape.com

Vaccinazione anti-Herpes zoster

La Società Italiana di Gerontologia e Geriatria in un nuovo documento ha espresso la propria posizione in merito alla prevenzione vaccinale dell'Herpes zoster nelle persone anziane

In linea con le raccomandazioni internazionali e delle società scientifiche italiane (Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali - SIMIT), Calendario per la vita (SITI-SIP-FIMP-FIMMG), la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria ha espresso nella position paper "Vaccinazione anti-Herpes zoster" la propria posizione in merito alla prevenzione vaccinale dell'Herpes zoster nelle persone anziane, di cui pubblichiamo una sintesi.

► Farmacoterapia

L'attuale gestione dell'HZ prevede un trattamento precoce con farmaci antivirali che, se avviato entro 72 ore dall'insorgenza del rash, diminuisce l'incidenza della formazione di nuove lesioni, accelera il processo di guarigione e la risoluzione del dolore acuto. Tuttavia, nella pratica clinica, il trattamento precoce con farmaci antivirali spesso non è possibile nel paziente anziano, in quanto i pazienti si presentano dal medico in ritardo, non ottenendo la terapia entro la finestra temporale di 72 ore. Inoltre, non tutti i pazienti anziani possono ricevere un trattamento con antivirali nelle posologie indicate per la presenza di patologie concomitanti, acute o croniche. Infine, non vi sono evidenze scientifiche sufficienti a stabilire se il trattamento antivirale per l'HZ prevenga la NPE (nevralgia post-erpetica). Il trattamento della NPE - finalizzato alla riduzione della gravità e della durata - non sempre è sufficientemente efficace né è prevedibile quali soggetti rispondano adeguatamente alla terapia. Le opzioni di trattamento includono oppioidi, analgesici, antide-

pressivi triciclici e anticonvulsivanti che, sebbene potenzialmente efficaci nel lenire il dolore, possono avere diversi effetti sfavorevoli globali, tra cui effetti collaterali nelle persone anziane che frequentemente presentano multimorbilità e polifarmacoterapia.

In Italia dal 2021 è disponibile RZV, sviluppato specificatamente per colmare l'attuale bisogno clinico insoddisfatto, ovvero proteggere le persone a maggior rischio di HZ, quali gli anziani, a causa dell'immunosenescenza, e le persone con condizioni di immunocompromissione per patologia o terapia.

► Recenti evidenze

Dall'analisi delle più recenti evidenze della letteratura sull'impatto nella popolazione anziana della malattia erpetica e sulla vaccinazione anti-HZ di seguito alcuni dei punti chiave espressi nella position paper.

■ *Impatto clinico dell'HZ sullo stato di salute e sulla qualità di vita*

- Le complicanze che possono manifestarsi con maggiore frequenza e severità sono: nevralgia post-erpetica (NPE - dal 5% al 30%), l'HZ oftalmico (HZO - dal 10-15%, paralisi del nervo facciale (sindrome di Ramsay Hunt), encefalite da VZV, mielite, retinite da VZV, arterite cerebrale, ictus e prurito post-erpetico;
- rischio di riacutizzazione e scompenso della patologia di base, perdita di autonomia, impatto sulla famiglia e sul ricorso a strutture di lungodegenza, anoressia e insonnia, problemi cognitivi, isolamento sociale, ansia e depressione secondarie.

■ *Impatto epidemiologico*

- 1 individuo su 3 svilupperà HZ nel corso della vita; incidenza e gravità aumentano esponenzialmente dopo i 50 anni, arrivando ad 1 individuo su 2 nei soggetti di età ≥ 85 anni. Il tasso di incidenza di ospedalizzazioni per HZ è 20 volte maggiore nei soggetti over 79 anni e 11 volte maggiore nei soggetti di età 70-79 rispetto a quelli per età inferiore ai 50 anni.

■ *Evidenze scientifiche sui vaccini anti-HZ disponibili*

- Vaccino RZV: efficacia vaccinale (EV) $>90\%$ nella prevenzione dei casi di HZ indipendentemente dall'età, anche nei soggetti di età >80 anni e nelle persone con comorbilità; persistenza dell'efficacia nel tempo $>88\%$ a 7,1 anni dalla vaccinazione; elevato profilo di tollerabilità, comprovata efficacia nei pazienti immunocompromessi.
- Vaccino ZVL: efficacia vaccinale $>37,6\%$ nei soggetti ≥ 70 anni e del 18% nei soggetti di ≥ 80 anni; efficacia clinica dopo 8 anni dalla vaccinazione non più statisticamente significativa in uno studio clinico e del 4% in uno studio condotto nella pratica clinica reale; controindicato nei pazienti che sono immunocompromessi.

La SIGG raccomanda

1. La vaccinazione anti-HZ nella pratica clinica come opportunità di prevenzione a livello individuale.
2. L'uso preferenziale del vaccino RZV come unico strumento per la prevenzione dell'HZ e delle sue complicanze considerando la sua elevata efficacia e persistenza nel tempo nella popolazione anziana, compresi i grandi anziani con comorbilità multiple.

• Fonte: www.sigg.it

Le parole come atto terapeutico

Aver cura delle parole utilizzate è a tutti gli effetti un atto terapeutico. Per chi cura, usare le parole corrette non è solo un atto di rispetto umano per il paziente, ma è fare buona medicina

Alan Pampallona - Direttore generale Fondazione Giancarlo Quarta, www.fondazionegiancarloquarta.it

Le parole non sono mai solo parole, specie in una relazione significativa come quella tra medico e paziente. È un dato ormai assodato in letteratura che le parole del medico in grado di creare aspettative positive nel paziente sulla “bontà” di un determinato analgesico, possono incrementare, anche notevolmente, l’efficacia del farmaco, o rendere efficace una sostanza inerte. Allo stesso modo le parole che creano aspettative negative nel paziente possono ridurre, fino ad annullarne l’efficacia, gli effetti di quel determinato farmaco. Esiste quindi una variabile psicologica in grado di agire, in positivo o in negativo, sugli effetti di un principio attivo. Gli effetti dell’azione di questa variabile, definita effetto placebo o nocebo, trovano ulteriori riscontri in vari ambiti terapeutici. Seppur con vari distinguo, è possibile affermare, citando il Prof. Fabrizio Benedetti, che “le parole sono delle vere e proprie frecce, che colpiscono dei bersagli chimici che sono gli stessi dei farmaci”.

► Le due ricerche

Le parole producono precise conseguenze, rilevabili da un punto di vista comportamentale, ma anche neurofisiologico. Questa è stata l’ipotesi di lavoro del Progetto F.I.O.R.E. (*Functional Imaging of Reinforcement Effects*), realizzato dalla Fondazione Giancarlo Quarta in collaborazione con l’Università di Padova, e articolato in due ricerche complementari: la prima dedicata agli effetti cerebrali prodotti dalle parole positive (Rinforzi Positivi), la seconda agli effetti delle parole negative (Rinforzi Negativi).

Ogni ricerca ha testato 30 soggetti volontari mediante l’utilizzo della fMRI - Risonanza Magnetica Funzionale. I soggetti, attraverso un visore elettronico, guardavano una sequenza di vignette con personaggi e testi che rappresentavano varie situazioni sociali.

In queste situazioni due personaggi interagivano tra loro, uno presentando un proprio bisogno e l’altro rispondendo a questo bisogno. Ai soggetti veniva chiesto di immedesimarsi nel personaggio portatore del bisogno.

Testi e vignette sono stati validati, quindi, sono state avviate le scansioni con fMRI.

- La prima ricerca ha mostrato come le parole che soddisfano i bisogni e le aspettative dei pazienti, sono in grado di attivare i circuiti cerebrali coinvolti nei comportamenti prosociali e nelle esperienze di “ricompensa sociale”, di gratificazione. In altri termini, un accurato uso delle parole è in grado, da un lato di predisporre a comportamenti positivi il nostro interlocutore, dall’altro di aumentare la probabilità che il soggetto apprenda e continui a ripetere i comportamenti rinforzati¹.

- La seconda ricerca ha indagato le conseguenze prodotte dalle parole che, invece, eludono o deludono i bisogni dei pazienti. Si sono registrate delle attivazioni cerebrali molto potenti nei soggetti che ricevono parole inadeguate, che mostrano come nel cervello si attivi un sistema di allarme che coinvolge aree cognitive, emotive e motorie. Tale situazione di allarme è anche caratterizzata dall’attivazione delle aree connesse alla percezione ed elaborazione del dolore, in

questo caso psicologico e non fisico. Possiamo, quindi, dire che l’effetto cerebrale delle parole negative è sostanzialmente sovrapponibile a quello del dolore fisico.

Il soggetto, quindi, avverte una minaccia alla propria integrità, di nuovo psicologica e non fisica, e si prepara a rispondere a questa minaccia, come mostra l’attivazione della corteccia premotoria. Usando il linguaggio psicologico, potremmo esprimere tale situazione come una reazione attacco-fuga di fronte a qualcosa di ostile².

È difficile immaginare qualcosa di più lontano dal concetto di alleanza terapeutica tra medico e paziente di una risposta di tipo attacco-fuga, eppure le parole e i comportamenti negativi, che esprimono indifferenza e freddezza possono comportare proprio questo effetto.

In una relazione significativa come la relazione medico paziente, le parole sono importanti. Aver cura delle parole utilizzate è a tutti gli effetti un atto terapeutico. Per chi cura, usare le parole corrette non è solo un atto di buone maniere o rispetto umano per il paziente, ma è fare buona medicina.

• In www.md-digital.it è disponibile l’intervista ad Alan Pampallona e Andrea Di Ciano

BIBLIOGRAFIA

1. Daniele Olivo, Andrea Di Ciano, Jessica Mauro, Lucia Giudetti, Alan Pampallona, Katharina M. Kubera, Dusan Hirjak, Robert Christian Wolf, Fabio Sambataro. Neural responses of benefiting from the prosocial exchange: the effect of helping behavior. *Frontiers in Psychology*, 2021 March.

2. Articolo in fase di pubblicazione



NUTRIENTI e SUPPLEMENTI

INFORMAZIONE QUALIFICATA DA FONTI QUALIFICATE



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



MONACOLINA, RIVOLUZIONE UE NEL DOSAGGIO



DIETA E MALATTIA DEGENERATIVA OSTEO-ARTICOLARE



PESCE IN SCATOLA PROTEGGE DA CA COLON-RETTALE



AVENA, UN FUTURO NELLE DIETE PER CELIACI



INTEGRAZIONE DI VITAMINE DEL GRUPPO B: A QUALI PAZIENTI?

Monacolina, rivoluzione UE nel dosaggio

Per la SINuT la riduzione del dosaggio impone la rivalutazione terapeutica

Il Regolamento n. 2022/860 della Commissione Ue pubblicato in GU del 2 giugno ha vietato la vendita di prodotti contenenti singole porzioni per uso giornaliero con quantità ≥ 3 mg di monacolina. Una circolare di Federfarma recita che i prodotti in giacenza saranno ritirati dal mercato senza possibilità di smaltimento a esaurimento scorte, per "motivi inerenti la tutela della salute pubblica".

Le nuove condizioni d'uso prevedono che una singola dose di prodotto per l'assunzione giornaliera debba apportare "meno di 3 mg di monacoline da riso rosso fermentato". Nelle prescrizioni aggiuntive viene precisato che le nuove formulazioni consentite di monacolina devono contenere alcune avvertenze obbligatorie. L'etichetta:

- deve recare il numero di singole dosi di prodotto per l'assunzione massima/die e un'avvertenza a non consumare un quantitativo giornaliero ≥ 3 mg di monacoline da riso rosso fermentato;

- deve specificare il tenore di monacoline per dose di prodotto e deve includere le seguenti specifiche: "Non deve essere consumato dalle donne in gravidanza o in allattamento, dai bambini di età inferiore ai 18 anni e dagli adulti di età >70 anni".

- Consultare un medico sul consumo di questo prodotto se si manifestano problemi di salute"; "Non deve essere consumato se si assumono medicinali per abbassare il colesterolo"; "Non deve essere consumato se già si consumano altri prodotti contenenti riso rosso fermentato".

► I perché dell'aggiornamento

Il Regolamento della Commissione si basa sul parere scientifico adottato il 25/6/2018 dall'Autorità europea per la sicurezza alimentare (Efsa). "L'Autorità ha ritenuto che la monacolina K in forma lattonica fosse identica alla lovastatina", si legge. L'Efsa ha concluso che "l'assunzione di monacoline da riso rosso fermentato mediante integrato-



ri alimentari potrebbe portare a un'esposizione stimata alla monacolina K nell'intervallo delle dosi terapeutiche di lovastatina. L'Autorità ha osservato che il profilo degli effetti avversi del riso rosso fermentato era simile a quello della lovastatina. Mediante la consultazione di quattro fonti di segnalazioni di casi l'Autorità ha riferito che gli eventi avversi hanno riguardato principalmente, in ordine decrescente di frequenza, il tessuto muscolo-scheletrico e quello connettivo, compresa la rhabdomiolisi, il fegato, il sistema nervoso, il tratto gastrointestina-

le, la cute e il tessuto sottocutaneo. L'Autorità ha ritenuto che le informazioni disponibili sugli effetti avversi segnalati negli esseri umani fossero sufficienti per concludere che le monacoline da riso rosso fermentato, quando utilizzate negli integratori alimentari, destano preoccupazioni significative in materia di sicurezza al livello d'uso di 10 mg/die.

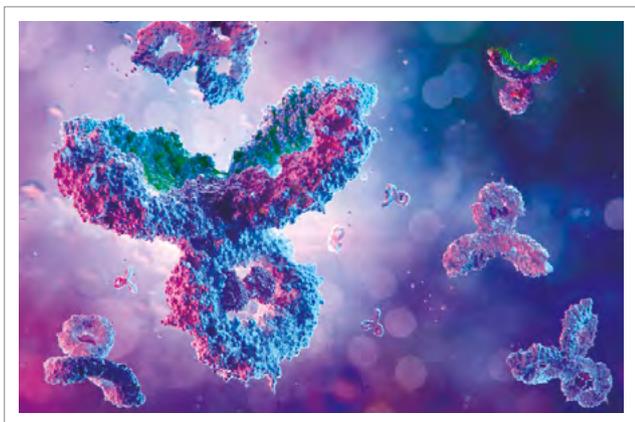
► Le ricadute secondo la Sinut

“Chi stava assumendo integratori contenenti riso rosso fermentato con una quantità di monacolina K uguale a 3 mg non dovrebbe accorgersi della differenza”, sottolinea **Arrigo Cicero**, presidente della Società italiana di nutraceutica. “Chi stava assumendo un prodotto che ne conteneva 10 mg potrebbe vedere un aumento della propria colesterolemia. Alcune aziende stanno cercando di riformulare i prodotti in modo da potenziare le componenti non-monacolina nella speranza di tamponare questa perdita di effetto, altre non lo stanno facendo o lo stanno facendo in modo chiaramente poco utile. Di fronte a un aumento sensibile della colesterolemia i pazienti sono invitati a mostrare i valori al proprio medico per rivalutare se siano o meno candidabili a trattamento farmacologico”.

Dieta e malattia degenerativa osteo-articolare

Generalmente modesto il ruolo di interventi dietetici su artrosi e artrite reumatoide

■ Impatto scarso e clinicamente poco significativo. Questo il giudizio finale sul ruolo che la dieta può giocare nella prognosi della malattia degenerativa osteo-articolare, se-



condo una review della letteratura condotta dall'European alliance of associations for rheumatology (*Eular, Ann Rheum Dis. 2022*). Sono state prese in esame 24 revisioni sistematiche, pubblicate tra il 2013 e il 2018 e 150 articoli di ricerca originali che hanno valutato l'impatto di nutrienti/integratori alimentari su dolore, danno articolare e funzione fisica di sette tra le più comuni patologie reumatiche e muscolo-scheletriche (artrosi, artrite reumatoide, LES, spondiloartrite, artrite psoriasica, sclerosi sistemica e gotta). La maggior parte dei lavori ha valutato artrosi e artrite reumatoide, esaminando l'impatto di cibi di origine animale e vegetale, diete specifiche, singoli nutrienti, integratori vitaminici e minerali.

► Risultati

L'impatto sulla progressione dell'artrosi di interventi dietetici (olio di pesce, condroitina, glucosamina, vita-

mina D, avocado e soia) si è rivelato generalmente modesto e non clinicamente significativo.

Anche per l'artrite reumatoide le evidenze sono state definite scarse, principalmente a causa del numero esiguo di studi e partecipanti.

Alcuni dati più confortanti si sono avuti per probiotici, vitamina D, olio di pesce/omega-3, ma non rilevanti sul piano clinico.

Le evidenze per gli Omega-3 nel LES sono state classi-

ficcate come modeste, senza però beneficio clinico. Lo stesso, se non peggio, per spondilartrite, artrite psoriatrice, sclerosi sistemica e gotta.

“Sulla base della letteratura disponibile, è improbabile che il consumo di nutrienti specifici influisca sulla progressione della malattia”, concludono gli Autori. “Ciò non toglie, però, che sia importante che i pazienti mangino in modo sano, evitando in particolare di prendere peso”.

Pesce in scatola protegge da ca colon-rettale

Il pesce in scatola riduce il rischio di insorgenza di tumore del colon-retto

■ Il consumo di pesce in scatola riduce di oltre il 30% il rischio di insorgenza di tumore del colon-retto. A segnalarlo, uno studio, condotto dall'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri Irccs di Milano, nell'ambito delle attività dell'Italian institute for planetary health (LIPH, società consortile nata nel 2019 tra il Mario Negri e l'Università Cattolica del Sacro Cuore), in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano (*Nutrients* 2022; 14(8):1663).

“La ricerca ha analizzato i dati di due studi caso-controllo che, grazie al sostegno di Fondazione Airc, sono stati condotti tra il 1992 e il 2010 in diverse aree italiane, coinvolgendo un totale di 2.419 pazienti con diagnosi di tumore al colon-retto e 4.723 controlli non affetti dal tumore”, precisa **Carlo La Vecchia**, docente di Epidemiologia all'Università degli Studi di Milano. “I risultati ottenuti hanno messo in evidenza una riduzione del 34% circa del rischio di insorgenza di cancro del colon retto in chi soggetti che consuma almeno due porzioni alla settimana di pesce in scatola sott'olio, pari a 80 grammi ciascuna”.

La riduzione del rischio è confermata anche nel caso che il tumore del colon e quello del retto vengano considerati separatamente. “È possibile che i benefici siano collegati al contenuto di acidi grassi omega-3 o ad altri nutrienti presenti nel pesce stesso come, per esempio, il selenio, piuttosto che alla presenza dell'olio d'oliva”, aggiunge Barbara D'Avanzo, ricercatrice del Dipartimento di politiche per la salute dell'Istituto Mario Negri.

Secondo Carlotta Franchi, ricercatrice del dipartimento di politiche per la salute del Mario Negri e coordinatrice

scientifico di Liph “i risultati emersi dallo studio sono un ulteriore passo avanti per sostenere che il consumo di pesce in scatola sott'olio può essere incluso all'interno di una dieta sana ed equilibrata, essendo minimamente processato, perché cotto a vapore, pulito, messo sott'olio e inscatolato senza conservanti. Le implicazioni per la salute pubblica possono essere molto rilevanti. Parliamo infatti di un tumore che presenta elevata incidenza e alta mortalità, sia nei Paesi ad alto reddito che in quelli a basso e medio reddito e di un alimento sempre più consumato, grazie alla sua praticità e la sua accessibilità economica”.

Giuseppe Remuzzi, direttore dell'Istituto Mario Negri e vicepresidente Liph conclude: “La ricerca è un esempio concreto delle attività che stiamo conducendo con l'Italian institute for planetary health che, tra i suoi obiettivi, si propone di valutare il ruolo che gli alimenti hanno nella prevenzione delle patologie”.



Avena, un futuro nelle diete per celiaci

Il cereale potrebbe essere adatto nella celiachia e nell'intolleranza al glutine

■ È una scoperta destinata a rivoluzionare il mercato dei prodotti per celiaci. Un gruppo di ricercatori ha sequenziato il genoma dell'avena, svelando come il cereale potrebbe essere adatto alla maggior parte delle persone affette da celiachia e intolleranza al glutine (*Nature* 2022; 606: 113-19).

La prima sorpresa consiste nella complessità dell'architettura genica: una struttura a mosaico per 80mila geni racchiusi in sei set di cromosomi (quello umano ne contiene 20mila in due set di cromosomi).

Altra scoperta rilevante è che l'avena possiede molti meno geni che codificano per le proteine che formano il glutine rispetto a quanto non avvenga per grano e orzo e quei pochi che contiene sono anche espressi in misura minore, quando non silenti. Di conseguenza, vi sono meno sequenze proteiche in grado di scatenare allergie e intolleranze alimentari. Rispetto ad altri cereali, inoltre, l'avena contiene anche una percentuale molto più alta di beta-glucani e di vari tipi di fibre.

Inoltre la sua coltivazione richiede anche meno trattamenti con insetticidi, fungicidi o fertilizzanti rispetto ad altri cereali.

Gli Autori concludono: "La preoccupazione che l'avena potesse contenere proteine simili al glutine ha determinato la sua esclusione dalle diete per celiaci. I risultati di questo studio ci dicono che i geni che codificano per le proteine che formano glutine sono rari, espressi a bassi livelli e con minor capacità allergenica. Queste caratteristiche rendono l'avena molto simile al riso, alimento sicuro per i celiaci".



Integrazione di vitamine del gruppo B: a quali pazienti?

Ci sono alcune condizioni per cui potrebbe essere suggerita una integrazione di vitamine del gruppo B, tenendo conto che la scelta deve essere comunque sempre personalizzata e adattata. Tra queste vi sono alcuni stati fisiologici o patologici transitori, determinate diete a esclusione, ma anche in alcuni casi in donne in periodo fertile o in gravidanza o in età avanzata per difficoltà di assorbimento della vitamina B12 a livello gastrico o per stati carenziali determinati. Il punto sul tema di **Lucilla Titta**, Nutrizionista e Ricercatrice, Istituto Europeo di Oncologia (IEO), Milano.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Lucilla Titta

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

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

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