

# M.D.

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

Anno XXVIII, numero 6 - 2021

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

## IN QUESTO NUMERO

**FOCUS ON** 6

**Rinnovare la  
Medicina Generale?  
Sì, ma a quale costo?**

**TRIBUNA** 8

**Un mix esplosivo  
per decretare la fine  
della nostra professione**

**QUESITI CLINICI** 18

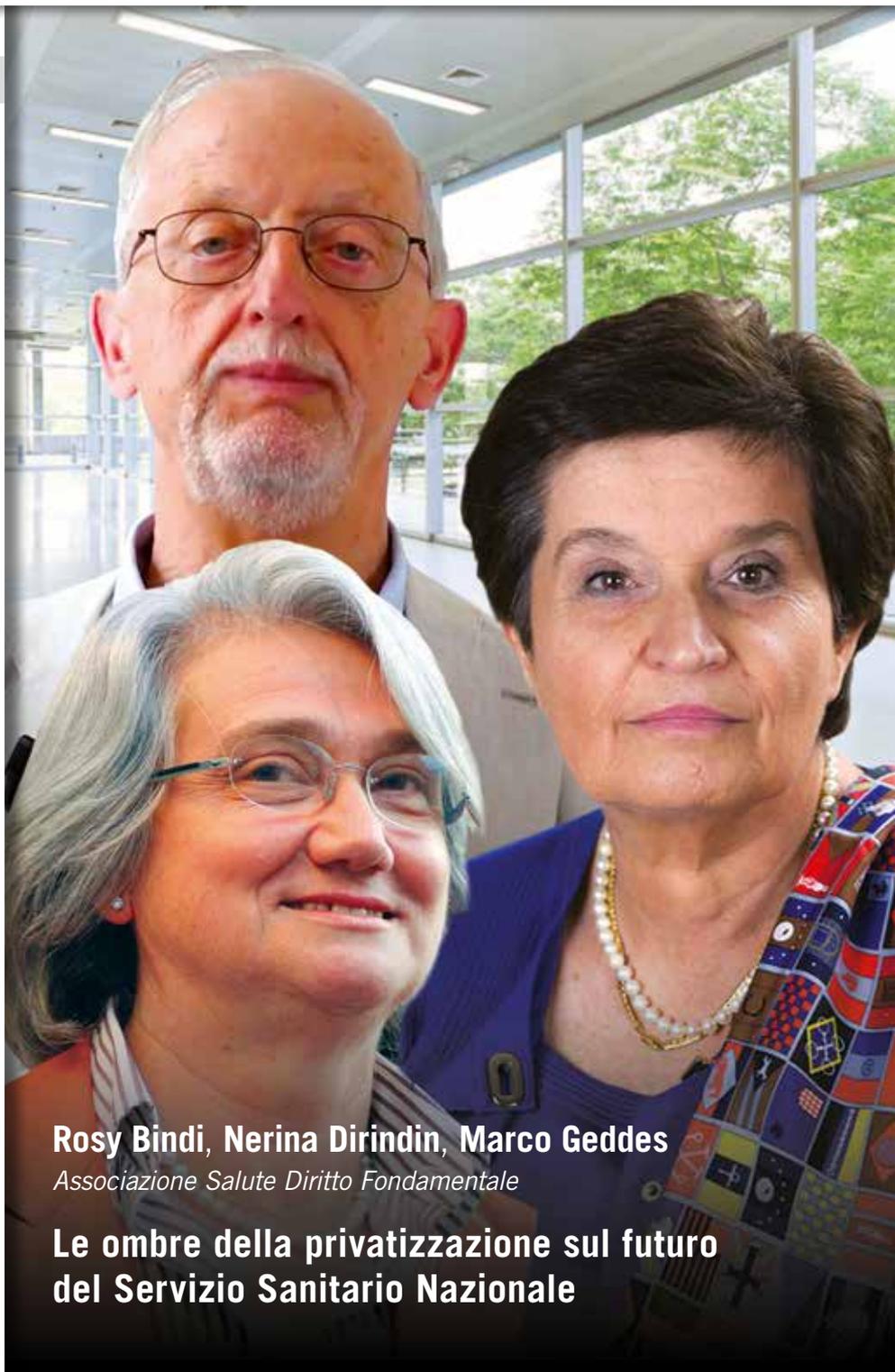
**La sfida: sindrome  
dell'intestino irritabile**

**LINEE GUIDA** 23

**Prevenzione cardiovascolare  
in pratica clinica**



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



**Rosy Bindi, Nerina Dirindin, Marco Geddes**

*Associazione Salute Diritto Fondamentale*

**Le ombre della privatizzazione sul futuro  
del Servizio Sanitario Nazionale**

## M.D. Medicinae Doctor

Anno XXVIII numero 6 settembre 2021

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

### Direttore Responsabile

Dario Passoni

### Comitato di Consulenza di M.D.

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

### Redazione

Patrizia Lattuada  
Anna Sgritto  
Livia Tonti  
Elisabetta Torretta

### Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

### Pubblicità

Teresa Premoli  
Sara Simone

### Passoni Editore s.r.l.

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

### Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia



RCP Cardioaspirin

# In questo numero

## ATTUALITÀ

- **Prima pagina**  
Le ombre della privatizzazione sul futuro del Servizio Sanitario Nazionale ..... 5
- **Focus on**  
Rinnovare la Medicina Generale? Sì, ma a quale costo? ..... 6
- **Tribuna**  
Un mix esplosivo per decretare la fine della nostra professione ..... 8
- **Note stonate**  
Ci risiamo, ritorna lo spettro della dipendenza ..... 10
- **Appunti**  
Medici allo specchio: fenomenologia di uno strumento che riflette ..... 11
- **Professione**  
Esenzione alla vaccinazione anti SARS-CoV-2: una guida ad hoc ..... 12
- **Prospettive**  
Prepararsi ad una nuova pandemia ..... 13
- **Indagini**  
Come l'emergenza Covid ha modificato il rapporto degli italiani con la salute ..... 14
- **Letture**  
Pandemia e pandemie da salto di specie. Emergenza o convivenza? ..... 15

## CLINICA E TERAPIA

- **Diario ambulatoriale**  
La settimana di un medico di famiglia ..... 16
- **Quesiti clinici**  
Sindrome dell'intestino irritabile ..... 18
- **Farmaci**  
Acido bempedoico nelle dislipidemie ..... 20
- **Terapia**  
Nuove raccomandazioni italiane sul diabete ..... 22
- **Linee guida**  
Prevenzione cardiovascolare in pratica clinica ..... 23
- **Pratica medica**  
Da una lombalgia al mieloma multiplo ..... 24
- **Monitor**  
Immunobiotici nelle infezioni respiratorie ..... 25
- **Osservatorio**  
Agopuntura e infertilità ..... 26
- **Rassegna da Nutrienti e Supplementi**  
Licopene contro la tossicità da antitumorali ..... 27  
Impiego clinico del colostro bovino ..... 28  
Dieta mediterranea nella disfunzione erettile ..... 29  
Selenio e manganese in gravidanza ..... 30

# Le ombre della privatizzazione sul futuro del Servizio Sanitario Nazionale

// Bisogna reagire contro la deriva pericolosa della strisciante privatizzazione del Ssn". **Rosy Bindi, Nerina Dirindin, Marco Geddes**, in rappresentanza dell'Associazione Salute Diritto Fondamentale, hanno lanciato l'allarme durante una recente conferenza stampa. Si dice che tre indizi fanno una prova, quelli elencati dai rappresentanti dell'Associazione sono ben quattro: il personale del Ssn al palo, la lentezza nella ripresa dell'attività ordinaria, una concorrenza sleale e l'ok dell'Agenas al modello di sanità lombarda. "Passata la fase acuta della pandemia, la sanità è ben presto tornata a occupare la parte bassa della classifica delle priorità del Paese. La conferma - precisano - che non fosse in vista alcun rafforzamento del Ssn è arrivata già lo scorso aprile quando il Governo ha reso note le previsioni di andamento della spesa sanitaria pubblica. Se dal 2017 al 2020 questa percentuale era rimasta ferma al 6,6% del Pil (tra le più basse in Europa), impennandosi al 7,3% nel 2021 a causa delle spese Covid, la tendenza programmata negli anni successivi mira decisamente al ribasso: 6,7% nel 2022; 6,6% nel 2023 e addirittura 6,3% nel 2024. Un pessimo segnale che indica il ritorno allo scenario che, a partire dal 2011, ha penalizzato il servizio sanitario pubblico, riducendo risorse umane e strutturali, tagliando l'offerta pubblica di servizi, provocando lo scandaloso allungamento delle liste d'attesa e favorendo l'espansione dell'offerta privata, trainata anche dalla diffusione di varie forme di assicurazioni integrative aziendali. La lezione della pandemia non è servita. Il disegno di privatizzare la sanità italiana, iniettandovi generose dosi di mercato continua".

"Mentre si registra un grande attivismo per garantire ai soggetti privati l'accesso ai finanziamenti europei nessuna buona notizia arriva dal fronte del personale del Ssn che nell'ultimo decennio ha subito una drastica riduzione. E non c'è alcun segnale di inversione di tendenza dati i limiti previsti nella spesa corrente e la mancata rimozione dei vincoli che limitano le assunzioni stabili e nel frattempo continua la fuga all'estero del nostro personale sanitario". Nel frattempo "la ripresa delle attività ordinarie fatica ora a vedersi, e i pazienti si stanno abituando a evitare le strutture pubbliche, per lo più in ristrutturazione e riorganizzazione. Si ricorre quindi al privato che al contrario, avendo partecipato solo marginalmente alle attività emergenziali, non ha bisogno di grandi ricostruzioni. Il rischio è che i 500 milioni messi a disposizione per smaltire le liste di attesa siano destinati tutti al privato, anziché a rinforzare la ripresa delle attività nel Ssn, indebolendo ulteriormente l'offerta pubblica e aumentando il potere di mercato di molti soggetti privati. Così come, i fondi del Pnrr per l'assistenza domiciliare integrata rischiano di essere destinati a erogatori privati anziché a rafforzare la presa in carico globale e integrata da parte dei servizi pubblici".

E *dulcis in fundo* ricordano che: "Nel marzo del 2021, l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato rivolgendosi al Presidente del Consiglio dei Ministri con la sua annuale Segnalazione di Proposte di riforma concorrenziale ha sollecitato: (...) una maggiore apertura all'accesso delle strutture private all'esercizio di attività sanitarie non convenzionate grazie a (...) una più intensa integrazione fra pubblico e privato volta ad incentivare la libera scelta di medici, assistiti e terzo pagante. Vi è anche l'invito a eliminare (...) il vincolo della verifica del fabbisogno regionale di servizi sanitari, prevedendo che l'accesso dei privati all'esercizio di attività sanitarie non convenzionate con il Ssn sia svincolato dalla verifica del fabbisogno regionale di servizi sanitari". Si tratta di una raccomandazione pericolosa che assimila gli ospedali alle imprese. Motivo per cui ci si augura che il Governo la respinga perché "un Governo che da una parte apre i rubinetti della concorrenza tra pubblico e privato e dall'altra lega le gambe al competitore pubblico mette in atto una concorrenza sleale".

"Alla vigilia della predisposizione della legge di bilancio 2022 e della annunciata legge sulla concorrenza - concludono - è indispensabile correggere queste direzioni e la nostra Associazione presenterà un documento più dettagliato di analisi e proposte per intraprendere la strada giusta che permetta di rafforzare il sistema sanitario pubblico".



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il video della Conferenza Stampa dell'Associazione Salute Diritto Fondamentale

# Rinnovare la Medicina Generale? Sì, ma a quale costo?

È una domanda legittima: il futuro dei Mmg è in bilico e lontano dai desiderata della professione. A testimoniare il coro di proteste dei sindacati di categoria contro la bozza di rinnovo dell'Acn, presentata di recente dalla Sisac, e le critiche al Pnrr in merito a quanto declinato per il rinnovo della medicina territoriale

a cura di **Anna Sgritto**

**F**iumi di parole e di audizioni istituzionali sul come rafforzare la medicina del territorio, che ha mostrato tutti i suoi *vulnus*, ma anche quanto sia fondamentale nell'arginare una pandemia, sembrano essere serviti più ad un disegno di facciata che ad una reale volontà di ascolto del disagio e delle criticità di chi lavora ed esercita la professione nel campo delle cure primarie. "A pensar male si fa peccato, ma quasi sempre si indovina" diceva un vecchio e noto politico. E alla luce di quanto sta accadendo, tutto fa pensare che gli indizi di un disegno ben preciso per questa professione medica già si erano palesati in tempi non sospetti. Le strade che i Mmg hanno davanti sono ben evidenti sia nella bozza della Sisac, sia nel Pnrr per quanto concerne il rinnovo della medicina territoriale.

## ► Le ipotesi in campo

Come ha ben delineato il dottor **Giuseppe Belleri** sul suo blog (<http://blog.libero.it/cureprimarie/>) le ipotesi di rinnovo dell'Acn in vista del Pnrr sono tre:

- 1 Far diventare subito Mmg/Pls dipendenti del Ssn,
- 2 La possibilità per i Mmg di passare alla dipendenza, op-

zione che potrebbe interessare soprattutto ai giovani professionisti in via di inserimento, mentre il massimalista, prossimo alla pensione, potrebbe mantenere il proprio studio.

3 L'introduzione di forme di accreditamento per la gestione delle Case della Comunità (CdC), con il privato profit o no-profit (Coop) che potrebbe entrare nella conduzione diretta delle strutture territoriali, per una sorta di esternalizzazione dell'intera organizzazione socio-sanitaria.

Ma nessuna di queste ipotesi, secondo Belleri può "garantire la copertura di tutto il territorio nazionale, con l'attuale previsione di CdC, senza abbandonare 1/3 della popolazione che vive in comuni inferiori a 15mila abitanti e naturalmente rinunciando alla copertura attuale garantita dalla MG dei single o dei piccoli gruppi. Non è esaltante come risultato di una riforma epocale, con buona pace dell'accessibilità, della medicina di prossimità, dell'equità dell'accesso, della copertura delle zone disagiate, dell'universalità del Ssn, della lotta alle disuguaglianze di salute tra i territori, tutte solenni dichiarazioni di principio di cui è infarcita la politica sanitaria da venti anni a questa parte".

Per quanto poi concerne il passaggio alla dipendenza Belleri prefigura alcuni effetti indesiderati e pone alcuni quesiti:

- nelle CdC con le dimensioni previste da Pnrr, non potranno trovare sistemazione nemmeno al termine del quinquennio tutti i medici delle cure primarie attualmente in attività, figuriamoci in caso di passaggio immediato ed *ope legis* alla dipendenza;
- quale sarà la sorte delle medicine di gruppo attive e dei medici *single* che hanno investito in strutture immobiliari ed in attrezzature di studio;
- che fine faranno i medici che garantiscono la capillarità e la prossimità dell'assistenza nei piccoli comuni sparsi in vaste aree privi di CdC;
- che ne sarà di tutti i collaboratori di studio, segretariali ed infermieristici attualmente assunti che rischiano di ingrossare le fila dei disoccupati;
- quale sarà la sostenibilità finanziaria del sistema pensionistico Enpam che dovrà garantire l'erogazione delle pensioni dell'ondata di medici che decideranno nel prossimo quinquennio di abbandonare la professione, magari anticipatamente;
- infine - si chiede Belleri - chi garantirà l'assistenza dei cittadini residenti in aree rurali o nelle zone di-

sagiate della montagna, lontane dalle CdC, già ora sguarnite di assistenza di base per il mancato ricambio generazionale?.

► **La dipendenza dei Mmg: un'opzione che a qualcuno piace**

A favore della dipendenza dei Mmg si sollevano però alcune voci dal campo sindacale.

Per quanto concerne i rappresentanti di categoria, da sempre la Fp Cgil Medici è a favore di questa soluzione e tra le critiche mosse alla bozza di rinnovo della convezione della Sisac, il segretario della Fp Cgil Medici, Andrea Filippi porta alla ribalta questa eventualità dichiarando: "Restiamo convinti che sia opportuno approdare ad un modello basato sulla dipendenza che metta tutti gli operatori del territorio entro un'unica cornice e affidi ai medici delle cure primarie il ruolo di dirigenti".

D'altronde le critiche mosse ai medici di medicina sull'ambiguità del loro status giuridico lavorativo si levano anche dal campo di illustri ricercatori. In un recente articolo: "Per una Medicina Generale veramente al passo coi tempi", apparso su *Quotidiano Sanità*, a firma di **Livio Garattini** e **Alessandro Nobili** si legge: "A prescindere dallo scarso riconoscimento del titolo professionale di Mmg, bisogna fare un'analisi intellettualmente onesta dei punti di debolezza attuali del ruolo, a partire dall'inquadramento professionale (...). In quanto non dipendenti, ai Mmg è concessa anche una notevole libertà d'azione in materia di orari di apertura al pubblico secondo l'accordo collettivo nazionale. Rimanendo al Nord, in base a una nostra statistica di qualche anno fa gli ambulatori erano aperti per un massimo di 20 ore settimanali nei giorni feriali, una manciata

di ore quotidiane sparse in fasce orarie mattutine o pomeridiane raramente funzionali alle esigenze (soprattutto quelle lavorative) dei cittadini. (...). I Mmg godono sostanzialmente di quasi tutti i vantaggi della libera professione senza dover affrontare le sfide legate alla necessità di cercarsi clienti per mantenere il proprio fatturato, come spesso maliziosamente commentano anche i loro colleghi specialisti".

► **Rinnovo Acn: la bozza contestata**

Ruolo, organizzazione, inquadramento lavorativo, tutto sembra essere messo in discussione e la bozza presentata dalla Sisac ha fatto "traboccare il vaso" ed è stata l'occasione per palesare una contestazione che serpeggia da tempo nella categoria.

"Non si andrà al rinnovo 2016-2018 dell'Acn della Medicina Generale finché non saranno affrontate e risolte le numerose contraddizioni da parte delle Regioni - ha tuonato la Fimmg - che da un lato continuano a proporre il modello precedente alla pandemia, che non tiene conto del fatto che il mondo è cambiato e che la nostra professione deve evolvere in una direzione che l'attuale proposta non soddisfa, anzi in molti passaggi ostacola; e dall'altro mettono in discussione la centralità della Medicina Generale nelle sue funzioni fondanti".

Sulla scelta fiduciaria e sull'autonomia organizzativa, la Fimmg non transige, sono elementi fondanti della professione e non si mettono in discussione. Inoltre, secondo il segretario generale, **Silvestro Scotti**, nella bozza di rinnovo "si propongono elementi di subordinazione, anche attraverso la sottrazione di risorse a favore di modelli mai realizzati e già superati dai progetti

di riorganizzazione post pandemica sui quali siamo disponibili a dare il nostro contributo progettuale e professionale".

Per **Renzo Le Pera**, vicesegretario nazionale Fimmg, c'è il rischio molto concreto "di Case di Comunità, previste dal Pnrr, realizzate dal pubblico e poi date in gestione al privato".

Le Pera, però, in una recente intervista rilasciata al *Sole 24Ore sanità*, apre uno spiraglio verso la controparte e dichiara: "In sede di trattativa siamo disponibili ad affrontare le carenze emerse. Siamo disposti a rendere obbligatorie nel nuovo contratto le funzioni relative all'assistenza a casa dei pazienti. L'accordo per la Medicina Generale dà gli stessi obblighi di un rapporto di dipendenza, ciò che cambia è l'autonomia gestionale e il rapporto di fiducia e su questi due fronti non arretriamo".

Anche per Smi, Cgil Medici e Simet, malgrado forti distinguo rispetto alla Fimmg, la bozza della Sisac è "irricevibile".

"Dall'esame della bozza di accordo trasmessa da Sisac - sottolineano - si evince che il Governo e le Regioni non hanno tenuto conto di quello che è successo in questi ultimi due anni di pandemia e di come sia cambiato, in peggio, il lavoro per tutti medici. Non si coglie lo sforzo fatto dai Mmg, non si tiene conto dei costi, delle responsabilità e dei maggiori carichi di lavoro, non si offrono strumenti organizzativi per rendere la professione più attrattiva e per arginare l'esodo all'estero dei giovani medici". E chiedono che le risorse del Pnrr siano agganciate alla discussione del nuovo Acn attraverso un forte investimento sul personale "vero motore dei servizi territoriali. La carenza dei medici è un problema che dobbiamo affrontare subito".

# Un mix esplosivo per decretare la fine della nostra professione

Da una parte c'è un contratto fermo da più di quindici anni, con tutto ciò che consegue, a cui va aggiunta: una infame campagna mediatica contro la professione, una classe politica capace solamente di produrre slogan e scelte scellerate, un'urgenza inesistente, come il passaggio alla dipendenza e la negazione del fatto che i Mmg hanno arginato la pandemia, pur essendo lasciati soli e senza risorse. Il risultato è un diabolico mix di ingredienti per cercare di balcanizzare e cannibalizzare il territorio

**Alessandro Chiari** - *Segretario Regionale Fismu Emilia Romagna*

**D**a tempo sosteniamo che non esista un vero e proprio progetto territoriale. Questa situazione però, durante la pandemia, non ha impedito al territorio, quando lasciato solo, senza ordini, istruzioni, presidi sanitari, di auto-organizzarsi grazie alle varie iniziative dei medici delle cure primarie. Stracci in faccia e mani insanguinate con poche armi e pochissime munizioni i medici territoriali si sono dati delle priorità delle regole ed hanno combattuto lasciando una lunga fila di croci, ma salvando la baracca. Teniamo conto che, fino ad ora, nessuna forza politica, alternatasi al Ministero della Salute, ha mostrato di voler investire realmente sul territorio. In un momento di crisi pandemica come questo, credo che nessuna persona di intelletto medio si sognerebbe di cambiare in modo epocale l'assetto territoriale con una riforma che porti alla dipendenza, necessitante poi di una lunga serie di adattamenti che non farebbe altro che destabilizzare, ancor di più, in questo delicato frangente, il territorio. Bisognerebbe forse

avere veramente il coraggio di gridare a tutta voce "è ora di finirla adesso basta", alla vecchia maniera, con il cuore con la rabbia di chi, ogni giorno, combatte ormai una propria battaglia quotidiana, in ogni ambulatorio, schiacciato tra la pressione generata dalle Aziende, le pretese dei cittadini e una diletta gestione della pandemia.

## ► Progetto e opzioni

Sono tre le proposte in auge circa il passaggio a dipendenza al momento, ma nessuna sembra contemplare la permanenza dei professionisti negli studi. La prima opzione sarebbe quella del passaggio alla dipendenza da subito e per tutti, l'altra progressivamente per i nuovi convenzionamenti, da un "giorno zero", e la terza di modificare la convenzione con i singoli medici di medicina generale in favore di forme di accreditamento dei servizi di medicina primaria. Anche noi pensavamo questo, ma circa 15 anni orsono, quando le eventuali scelte avrebbero avuto un tempo ed un senso. Ma i progetti si aprono e si chiudono

in un loro tempo limitato dalle contingenze del momento: questo non è certo il momento di destabilizzazioni territoriali stante il problema Covid. Per anni si è caricato progressivamente il Mmg di nuove e complesse mansioni anche sociali e non si mai adeguata la remunerazione al carico di lavoro, se non sotto forma di incentivi che aumentavano ulteriormente i carichi lavorativi professionali: è logico che la forza imprenditoriale, nel senso dell'investimento che il medico stesso ipoteca nel suo lavoro, sia stata fortemente disincentivata. In questi anni siamo stati le vittime di una lunga sequela di errori di programmazione che hanno generato altri errori, portando ad una progressiva difficoltà nel mantenere un *format* assistenziale territoriale: il risultato ha determinato una possibile implosione del Servizio Sanitario Nazionale, causata da una visione eccessivamente amministrativa della sanità.

Crede che al momento i colleghi siano più preoccupati dalla soluzione dei problemi quotidiani della gestione del rapporto con il paziente

in era Covid, piuttosto che dai termini progettuali di una grande riforma sanitaria. Forse il medico di medicina generale è più ammalato di sfiducia e delusione piuttosto che essere attratto da un movimento riformista dato da disegni che sembrano nascere già vecchi e sorpassati.

Il medico si sente esposto ad un ulteriore presa in giro, vedendo una classe medica sempre più svenduta, da una serie di figure sindacali che non sono state in grado di instaurare una contrattazione che non fosse viziata dal tentativo della conservazione di forti interessi di una cerchia abbastanza ristretta piuttosto che una vera difesa delle posizioni professionali dei Colleghi. Inoltre le aziende non hanno mai mostrato una vera mentalità "aziendale" con una necessaria strategia basata sulla comunicazione e sulla motivazione degli operatori, ma piuttosto si sono confermate come esecutrici delle politiche regionali dettate dai loro esponenti. Da sempre siamo convinti che il fondamentale compito delle aziende sanitarie dovrebbe essere quello di mettere il medico di medicina generale nelle condizioni di poter lavorare bene, dove, a questo punto, il sistema stesso si auto-modulerebbe, come accaduto con la pandemia, sulla efficacia alle risposte assistenziali.

#### ► In senso contrario

Che accadrebbe se la contrattazione ammettesse che la quota capitaria come è attualmente non fosse sufficiente a coprire tutte quelle prestazioni ambulatoriali che al momento, mediante il medico, assicura? Ovvero, facciamo un'ipotesi concreta: cosa accadrebbe se, dopo un numero di ac-

cessi ambulatoriali ben definiti e in cui comprendiamo solo le visite per problematiche nuove o croniche (escludendo le ripetizioni di ricette per terapia), il paziente dovesse pagare direttamente il medico? Potrebbe questa situazione di convenzionamento parziale - a numero limite di prestazioni - migliorare il lavoro e la *performance* del Mmg eliminando tutte quelle figure scaldano sedia della sala d'aspetto dello studio medico che generano l'abuso di prestazioni ambulatoriali? Certo alla politica, che vende la sanità per i propri scopi conservativi o espansionistici, tutto questo non piacerebbe, ma potrebbe essere un'ipotesi concreta per arginare quel fenomeno dato dai "consumatori" di risorse sanitarie, che poi finiscono per assorbire e negare la risorsa od il tempo della *performance* a chi ne ha realmente bisogno, soprattutto durante questa pandemia che assomiglia più ad una guerra che ad una emergenza sanitaria.

Possiamo riassumere l'approssimazione dell'attuale politica, nella differenza che esiste dal credere al capire. Questo è un grosso problema (e lo abbiamo ribadito più volte) che riguarda gli imbarbarimenti della politica e l'inadeguatezza dei decisori: purtroppo sembra di sentire gente che continua a discutere di qualcosa che non conosce. Non possiamo permettere che la pandemia rimanga ancora, e forse sempre di più, nelle mani della politica che dimostra, oltre che un progressivo rimbecillimento, anche un'ostinata fermezza nel non ritornare sui propri passi né di considerare la possibilità di sbagliare e di aver sbagliato. Per dire "abbiamo sbagliato" ci vuole molto coraggio, ma ancor di

più per dire "non sappiamo che fare", dove occorre anche molta intelligenza.

#### ► Slogan e folli soluzioni

Non è quindi il momento degli *slogan* o di folli proposte, ma finché durerà il caos pandemico bisogna arroccarsi su quello che si possiede e che è certo, i salti in avanti durante le condizioni critiche non hanno mai portato a decisioni lucide ed efficaci. Noi temiamo che la politica stia cercando di accaparrarsi i nostri risparmi e le nostre pensioni. Un eventuale passaggio a dipendenza non potrebbe che richiedere alla nostra cassa pensionistica Enpam i soldi necessari per le nostre pensioni che verrebbero portate in cassa Inps. È da anni che ci stanno provando e forse in questo momento certe scelte possono essere molto appetibili per fare un *blitz* e incorporare l'Enpam.

Sì cari Colleghi, i nostri risparmi e le nostre pensioni fanno gola. Inoltre con la dipendenza si potrebbe finalmente sciogliere il peculiare rapporto di fiducia medico - paziente e l'alleanza terapeutica, in modo da eliminare quel rapporto che è stata da sempre la forza del medico di famiglia e degli stessi pazienti. Ma forse c'è l'esigenza di controllare davvero tutti e allora mettiamo mano su quello che ha caratterizzato il medico di medicina generale e la sua forza. Dapprima abbiamo definito la sanità dell'improvvisazione come una nave che navigava a vista, poi la nave si è fermata, quindi è stata persa l'ancora andando alla deriva, dopodiché ha smesso di galleggiare ed ora si fa il morto per restare a galla, finché non si annega. La nave affonda Capitano.... eh *vabbuò!*

# Ci risiamo, ritorna lo spettro della dipendenza

*La pandemia ha portato in auge le croniche carenze della medicina territoriale, ma anche la sua fondamentale necessità. Appare quindi paradossale la risposta che sta dando la politica sia a livello nazionale sia regionale, riportando al centro del dibattito l'opportunità della dipendenza dal Ssn per i medici di famiglia*

**Carlo Iannotti**

*Medico di medicina generale, dirigente nazionale Smi*

**S**iamo alle solite. La pandemia ha messo in evidenza le croniche carenze della medicina del territorio, stavolta se ne sono accorti proprio tutti, finanche i nostri "distratti" e famelici politici.

La lezione però, come era temibile, non è affatto servita per decidere di invertire la rotta bensì per ipotizzare di accelerare in direzione della fine della medicina del territorio. Una catastrofe socio/saniatria.

I politici strizzano l'occhio alla dipendenza per i Mmg. Non è un caso, i medici di famiglia non si possono comandare a bacchetta, come avrebbero desiderato, essendo convenzionati per specifici compiti e non dipendenti. Hanno inoltre sottostimato che la soverchiante burocrazia, cresciuta a dismisura nel corso degli anni, aveva già messo in crisi la nostra *mission* assistenziale e che, pertanto, non era possibile scaricare su di noi ulteriori incombenze burocratico/amministrative tra cui praticare vaccinazioni anti Covid a domicilio.

Mi chiedo se non sarebbe stato opportuno ridurre al minimo la burocrazia ed accettare un consenso informato consistente in una semplice fotocopia firmata della tessera sanitaria, rinviando ad amministrativi Asl almeno le procedure connesse a prenotazioni e registrazioni. Assistere a domicilio gli ammalati Covid, soprattutto nella prima fase della pandemia in assenza di DPI ci è costato molto caro. Certo sono state poi messe in

campo le Usca, ma in numero assolutamente inadeguato.

## ► Orecchie da mercanti

Vogliono farci passare alla dipendenza? Bene. La cosa equivarrebbe necessariamente a chiudere gli studi e ad abolire le attività assistenziali! Ma sarebbero problemi dell'amministrazione. Dieci ore di lavoro al giorno? Ok basterà pagare gli straordinari! Ferie? Adesso sono impossibili per carenza di giovani medici, tutti impegnati nelle vaccinazioni! Con la dipendenza? Servizio sospeso! Sarebbero problemi dell'amministrazione.

Non si capisce, o si fa finta di non capire di avere la fortuna di disporre di un esercito autonomo ben disseminato a presidiare il territorio con proprio rischio di impresa. Questo esercito andrebbe liberato di lacci e laccioli per funzionare a dovere e non di regole imposte da chi non ha la più pallida idea di cosa significhi esercitare la professione. Se avessimo seguito le regole, nel corso dell'epidemia, non avremmo nemmeno potuto utilizzare le eparine a basso peso molecolare, in assenza del previsto Piano Terapeutico, impossibile da ottenere per 'inavvicinabilità' degli specialisti.

Ma il peggio si profila anche per noi. Questi soloni ipotizzano di risolvere i problemi discendenti dall'eventuale passaggio alla dipendenza externalizzando il servizio a società operanti a fine di lucro o a cooperative di cui abbiamo già sperimentato la deriva verso il caporalato!

# Medici allo specchio: fenomenologia di uno strumento che riflette

Quando il medico-me stesso si guarda allo specchio, vede un uomo anziano, piuttosto provato. Almeno lo specchio ha il privilegio di riflettere e, dopo un po', dice la verità

**Luigi Casadei**

*Medico di medicina generale, Riccione (RN)*

**I**l medico che è dentro di me, spacca macigni, spiana montagne, prosciuga fiumi e ferma con le mani il mare in tempesta. Quando il medico-me stesso si guarda allo specchio, vede un uomo anziano, piuttosto provato. Almeno lo specchio ha il privilegio di riflettere e, dopo un po', dice la verità. Ma come, non eravamo eroi, angeli, entità soprannaturali dai fulgidi superpoteri? Qualcuno ha trovato vantaggioso magnificare la leggenda dei medici eroi: conviene a tutti un super amico, un consulente informato, un semidio disponibile h24, 7 giorni su sette, 365 giorni l'anno. Fa bene ai pazienti, fa bene all'Ausl che ha sotto contratto un manipolo di paladini a tempo pieno, pronti in pochi minuti a partire per le missioni più impossibili.

Studiando nuovi moduli mi sono imbattuto in una lettera che non so quanti abbiano letto e meditato. Tratta del Servizio di Colloquio Psicologico Clinico in Consultorio. Il Collega estensore illustra i punti nodali e critici del servizio stesso, affermando che almeno il 50% delle nostre richieste risulta incongruo rispetto alle effettive aree di competenza dello psicologo Ausl. Si dice che la presa in carico del paziente avviene dopo un

colloquio telefonico che si svolge tutti i mercoledì dalle dodici alle quindici. Le aree di competenza comprendono, tra le altre categorie, "Problemi psico-relazionali" in vari ambiti, per esempio: separazioni/divorzi. Intanto grazie al servizio di esserci! Sulle tre ore settimanali in cui, con un colloquio telefonico si scelgono i casi da affrontare, a me sembra vi sia una evidente sottostima delle attuali necessità. Tutti abbiamo constatato come le chiusure e la pandemia abbiano gravemente segnato la nostra popolazione. Si tratta di un disagio diffuso. Spetta all'Ausl disporre un reale potenziamento di punti di ascolto e primo orientamento, nonché di eventuale presa in carico.

Leggere quella missiva mi procura però un disagio "riflesso": capisco chi non ritiene di sua competenza aderire a tutte le richieste di aiuto di ogni genere. Ma le persone dovrebbero smettere di stare male? No certamente: ma indirizzate a servizi di assistenza appropriati al proprio disagio.

## ► Un assordante silenzio

Se lo specchio fosse pure sonoro, si potrebbe udire l'eco di un assordante silenzio che grava, per esempio, intorno agli operatori sa-

nitari. Ci viene richiesta una mole di lavoro sovrastante, ma nessuno ci chiede invece se siamo in grado di tenere il passo, a che punto è la nostra salute, la nostra capacità di reazione. Sembra paradossale per un'Azienda non comprendere appieno e non essere in grado di testare la salute dei suoi operatori, il disagio che dilaga, il consumo del capitale umano, dato comunque per disponibile a qualsiasi impresa degna di epica narrazione eroica e mitologica. E da ultimo manca, nello scritto da cui ho preso spunto, una fase propositiva. Bisogna partire da una presa d'atto e dunque agire in favore dei sopravvissuti al Covid, e di tutte le rane bollite e di tutti i *burnout*, per i pazienti e per i medici. Un aumento del disagio psico-relazionale, data la pervicace persistenza della misure anti relazionali necessarie e obbligate a combattere il dilagare del Covid, è patologicamente naturale.

Le necessità essenziali, connaturate al periodo che disgraziatamente stiamo vivendo, richiedono un maggiore impegno di ascolto e nuove opportunità di accoglienza per i cittadini e per gli operatori sanitari, altrimenti lasciati soli a guardarsi in uno specchio impietoso.

# Esenzione alla vaccinazione anti SARS-CoV-2: una guida ad hoc

Un vademecum alla compilazione della certificazione di esenzione alla vaccinazione anti Covid a disposizione di tutti i Mmg, dei Pls e per tutte le figure mediche impegnate nella campagna vaccinale. A metterlo a punto è stata Assimefac

**T**ra le innumerevoli richieste che vengono fatte ai medici di medicina generale, dopo la pandemia, bisogna annoverare anche quelle relative alla prescrizione di esami a carico del Ssn per ottenere l'esenzione dalla vaccinazione anti Covid e la cronaca riferisce di alcune denunce contro i Mmg che non evadono tale richiesta perché inappropriata. Sembrano non bastare le indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità, del ministero della Salute e delle società scientifiche a facilitare il compito dei medici. Neanche la circolare del ministero della Salute del 4 agosto, in cui si specifica che i certificati possono essere rilasciati solo dai medici vaccinatori fa da deterrente, visto quanto accaduto a Torino dove

un medico "non vaccinatore" e anti vax distribuiva certificati di esenzione.

Recentemente l'Associazione Società Scientifica Interdisciplinare e di Medicina di Famiglia e di Comunità (Assimefac) ha preparato e pubblicato una guida alla compilazione della certificazione di esenzione alla vaccinazione anti SARS-CoV-2 che ha messo a disposizione di tutti i medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e per tutte le figure mediche impegnate nelle vaccinazioni. La guida è stata realizzata in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e il Ministero della Salute.

"Si danno, in questo modo - precisa Assimefac in una nota stampa - per venire incontro all'attività dei

medici, alcune indicazioni, a partire, dalla procedure operative sul rilascio dei certificati. La guida, pone l'attenzione, sulle cosiddette 'false controindicazioni' per donne in allattamento, per le patologie autoimmuni, per i pazienti oncologici, per chi soffre di gravi reazioni allergiche non correlate a vaccini".

"La guida di Assimefac indica, inoltre, quali siano le eventuali cause di rinvio della vaccinazione (recente infezione, paziente in quarantena, ecc.). Spetta al medico, infatti, constatare la presenza o meno di controindicazioni o precauzioni o motivi di dilazione temporanea della vaccinazione anti SARS-CoV-2, che siano, in ogni caso, conformi ai criteri ed alle caratteristiche indicate dalla normativa. La valutazione clinica delle sussistenze dei criteri di esonero è esclusiva competenza del medico e/o dello specialista, che devono attenersi alle linee guida emanate dalle società scientifiche di riferimento ed a quanto indicato dalla normativa e dalle circolari ministeriali nazionali", conclude la nota.

## Alcune raccomandazioni dall'Assimefac

1. Attenersi, nel rilascio della certificazione, alle evidenze ed al parere specifico delle Società Scientifiche, tanto al fine di evitare contestazioni in caso di verifiche e monitoraggio.
2. I pazienti che ottengono la certificazione per l'esonero vaccinale, vanno istruiti sulla necessità di mantenere idonee misure di profilassi quali: l'uso della mascherina nei luoghi al chiuso e/o affollati, corretta igiene delle mani, distanziamento da persone non conviventi, osservanza delle prescrizioni inerenti i mezzi di trasporto pubblico ed i luoghi di lavoro.
3. Al fine di evitare di ingenerare equivoci e/o false aspettative, rendere edotti i pazienti che ottengono la certificazione di esonero alla vaccinazione anti Sars-Cov-2 che la stessa non rappresenta documentazione valida al rilascio del Green-Pass.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone il pdf con la guida alla compilazione

# Prepararsi ad una nuova pandemia

Con questa finalità è stato presentato alla 71ª sessione del Comitato regionale per l'Europa dell'Oms un documento strategico in cui si fa un punto su quanto appreso durante la pandemia per poter affrontare al meglio nuove emergenze sanitarie

**C**ostruire resilienza e prontezza per il futuro è il primo capitolo del documento presentato ufficialmente in occasione dell'evento "Lezioni apprese dal Covid-19: prepararsi per la prossima pandemia", nell'ambito della 71ª sessione del Comitato regionale per l'Europa dell'Oms (RC71).

Gli Stati membri della Regione e i loro *partner* hanno individuato alcuni "insegnamenti" dalla esperienza pandemica che hanno messo nero su bianco in questo documento.

Il "documento delinea le lezioni apprese dagli Stati membri - si legge nel testo - e incorpora le raccomandazioni formulate dai comitati di revisione globale nella regione europea dell'Oms, ottenute attraverso gli incontri del Direttore regionale dell'Oms per l'Europa con i Ministeri della salute, e una consultazione online con gli Stati membri, tenutasi nel giugno 2021". Sebbene sia "impossibile prevedere con certezza quale sarà il prossimo pericolo e quali saranno i suoi impatti (...) imparare dalla pandemia consentirà agli Stati membri e all'Oms di preparare i propri sistemi e la capacità delle società di assorbire meglio gli *shock* che le emergenze future potrebbero portare".

## ► Una base di partenza

Si tratta di un documento *in fieri*, una base di partenza. "Il Comitato

Regionale è pregato di prendere nota di questo documento - si precisa nel testo - e fornire indicazioni su come aggiornare, adeguare o addirittura sostituire l'attuale piano d'azione per migliorare la preparazione alla sanità pubblica e risposta nella regione europea dell'Oms, 2018-2023, sulla base delle lezioni apprese durante la pandemia, le raccomandazioni dei comitati di revisione competenti e l'esito della deliberazioni programmate dell'Assemblea mondiale della sanità".

## ► Resilienza, una priorità

Tra le lezioni impartiteci dalla pandemia, secondo quanto si precisa nel documento, c'è sicuramente quella di: "Dare priorità alla resilienza. La resilienza è la capacità di un sistema, comunità o società, quando esposti a pericoli, per resistere, assorbire, accogliere e recuperare in modo tempestivo ed efficiente modo, pur conservando e ripristinando le sue strutture e funzioni di base essenziali. Le infrastrutture resilienti possono proteggere le società rendendo i sistemi più robusti, mantenendo comunità più connesse e mantenere le persone più sane.

Le emergenze forniscono opportunità per revisioni sistemiche approfondite e valutazioni periodiche, seguite da modifiche a costruire la resilienza, sulla base

delle lezioni apprese. La pandemia di Covid-19 è quindi un'opportunità di passare dal rimbalzo indietro al rimbalzo in avanti e dal semplice far fronte ad anticipare e trasformare, anche attraverso l'introduzione di strumenti digitali dove utile.

Solo quando le società saranno ben preparate e pronte le risposte diventeranno più tempestive ed efficaci, e le avversità umane, economiche e sociali le conseguenze delle emergenze siano notevolmente ridotte".

## ► Copertura universale

"Se potessi riassumere il nostro apprendimento collettivo da Covid-19 in una frase - ha dichiarato **Dorit Nitzan**, direttore regionale delle emergenze dell'Oms/Europa durante l'evento - sarebbe che la copertura sanitaria universale e la preparazione ripagano solo se si uniscono.

La resilienza contro le emergenze sanitarie è il salto necessario che tutti dobbiamo fare per proteggere le nostre persone dalle emergenze sanitarie, ora e in futuro".



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone il PDF del Documento Regional Committee for Europe - Oms

# Come l'emergenza Covid ha modificato il rapporto degli italiani con la salute

A darne un quadro esaustivo sono stati i risultati italiani dello STADA Health Report 2021, un ampio sondaggio realizzato dal Gruppo STADA, in collaborazione con Kantar Health, tra marzo e aprile 2021, su oltre 30.000 persone in 15 Paesi europei

**S**iamo un popolo resiliente, quasi la metà degli italiani (47%) si è dimostrata, in grado di reagire all'emergenza pandemica, senza sperimentare alcun episodio di *burnout*. Possiamo affermarlo grazie ai risultati dello STADA Health Report 2021, un ampio sondaggio realizzato dal Gruppo STADA, in collaborazione con Kantar Health, tra marzo e aprile 2021, su oltre 30.000 persone in 15 Paesi europei tra cui l'Italia, per indagare come è cambiato il rapporto dei cittadini con la salute a fronte della pandemia. Malgrado ciò, la pandemia ha avuto un impatto significativo sul nostro benessere generale e mentale, modificando il nostro rapporto con la salute e gli stili di vita. Tra le principali preoccupazioni riscontrate nel campione italiano intervistato (2.000 intervistati di età compresa tra i 18 e i 99 anni), il timore di contrarre il Covid-19 è la paura più ricorrente - segnalata dal 53% dei nostri connazionali - seguita dalle incertezze per il futuro (41%) - legate, per esempio, alla perdita o alla riduzione del lavoro - dall'impossibilità di incontrare familiari e amici (34%) e dalla solitudine (33%) dovuta all'isolamento nella propria casa.

► **Stile di vita più sano.** Gli italiani sono stati tra i cittadini europei quelli più propensi a investire di più sulla propria salute, comprando maggiormente alimenti freschi e di qualità (49%), integratori alimentari (25%) o seguendo corsi di fitness online (21%).

► **Farmaci.** La notorietà del *brand* (41%), l'attenzione nei confronti dell'ambiente - e quindi l'utilizzo di *packaging* ecologici e sostenibili (24%) - e la produzione in Europa (23%) sono i criteri più importanti per gli italiani nell'acquisto di un farmaco o un integratore alimentare.

Il foglietto illustrativo (54%) e la figura del medico (48%) sono le principali fonti a cui si rivolgono gli intervistati per cercare informazioni sulla modalità di assunzione, le possibili interazioni ed effetti collaterali dei farmaci, mentre cresce - rispetto ai risultati dell'edizione 2020 dello STADA Health Report - il ruolo del farmacista (37% vs 31% dello scorso anno). La farmacia rappresenta inoltre il canale preferito (42%) per l'acquisto di farmaci senza ricetta, mentre la spesa online di questi prodotti non risulta essere molto frequente tra gli intervistati (27%), soprattutto tra le fasce d'età più adulte.

► **Visite mediche e malattie croniche.** Nonostante le restrizioni dettate dall'emergenza sanitaria, il 48% degli italiani non ha modificato le proprie abitudini per quanto riguarda le visite mediche, così come oltre la metà del campione intervistato con una o più malattie croniche (56%) non ha riscontrato alcun problema a proseguire le cure durante la pandemia.

“È interessante osservare come la pandemia abbia in effetti amplificato alcune tendenze già presenti nelle abitudini degli italiani prima del 2020. L'accelerazione digitale, comunque la si voglia declinare, ne è un notevole esempio”, afferma **Carlo Silenzi**, Managing Director Kantar Health Italy. “Di contro, la vulnerabilità sociale associata al rischio di perdere il lavoro e alla minore capacità di spesa e di risparmio, è un aspetto specifico portato dalla pandemia e, insieme al timore di contrarre il virus, costituisce un elemento di forte preoccupazione. La collaborazione sinergica tra tutti gli *stakeholder* coinvolti, a partire dai medici e dai farmacisti, insieme alle aziende farmaceutiche e al decisore politico, costituisce la migliore opportunità per un cambio di marcia, significativamente supportato dalla quota del Pnrr allocato alla sanità”.

“Attraverso la nuova edizione dello STADA Health Report, perseguendo la nostra *mission* 'Caring for People's Health', abbiamo cercato di fornire una fotografia più esauriente possibile del *sentiment* degli italiani circa il loro rapporto con la salute in un periodo storico particolarmente complesso e difficile”, ha tenuto a precisare **Salvatore Butti**, General Manager & Managing Director EG STADA Group.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il pdf con la sintesi del STADA Health Report

# Pandemia e pandemie da salto di specie. Emergenza o convivenza?

Un instant-book a cura di Gaetano Penocchio, medico veterinario presidente di Fnovi-Federazione Nazionale Ordini Veterinari, coadiuvato dai giornalisti Roberto Messina e Carmelo Lentino, per Academ Editore, su virus umani e animali, ambiente ed ecosistemi, con gli studiosi che spiegano quanto potrebbe attenderci

La “questione pandemia”: emergenza o convivenza? È possibile che il futuro possa obbligarci ad una sorta di coesistenza, o almeno di coabitazione, con sempre più “ravvicinate” e rinnovate crisi sanitarie pandemiche? Un’eventualità e un’ipotesi allarmanti e preoccupanti, ora che è di dominio pubblico il fatto che una volta superata l’emergenza da Covid-19, il domani potrebbe rivelarsi altrettanto complicato, con altri virus pronti a diventare pericolosi, pure se la scienza ha le armi giuste per prevenire e combattere.

L’uomo ha stravolto l’ambiente, è un fatto, creando terreno fecondo per infezioni emergenti. Ed è chiaro che, intanto, bisogna porre ur-

gente rimedio a questa situazione, a cominciare dal “comunicarla”, dal farne conoscere entità, gravità e urgenza. Dominatore incontrastato dell’ecosistema, l’essere umano lo ha aggredito con violenze di ogni tipo. Lo ha contaminato, generando campo fertile per infezioni zoonotiche. Davanti ad una situazione così complessa, oltre il compito fondamentale di studio, prevenzione e cura esercitato dai Virologi, si evidenzia quello altrettanto determinante della Medicina veterinaria, accanto a quello della Medicina generale e chirurgica, e poi a quello degli Scienziati dell’ambiente. Tutti uniti, ci si augura, ora che il pericolo è chiaro, per porre rimedio all’attività distruttiva dell’uomo e cambiare il suo destino impedendo ai virus nuovi salti di specie e relative conseguenze, in un’ottica di salute unica in cui il benessere dell’uomo, degli animali e dell’ambiente, si confondano e completino.

Da ciò, l’idea di questo libro, con la serie di interviste ad autorevoli personalità della Scienza, della Medicina, della Ricerca, in un momento in cui la buona informazione è fondamentale per approfondire, spiegare, divulgare e contrastare l’infodemia favorita dalle nuove tecnologie, da internet, dai social network, dalle chat di gruppo a velocità di trasmissione pressoché istantanea.

(Dall’introduzione di Gaetano Penocchio)



Gaetano Penocchio  
con Roberto Messina e Carmelo Lentino

**Pandemia e pandemie da salto di specie.  
Emergenza o convivenza?**

***Virus umani e animali, ambiente ed ecosistemi, gli studiosi spiegano quanto potrebbe attenderci...***

2021, Academ Editore  
pag. 118 - euro 15,00

*Interviste a: Arnaldo Caruso, Filippo Anelli, Canio Buonavoglia, Massimo Clementi, Massimo Ciccozzi, Daniela Corda, Marco Ferrazzoli, Antonio Limone, Stefano Marroni, Mario Tozzi.*

[www.academgroup.it/libri/pandemia](http://www.academgroup.it/libri/pandemia)

# La settimana di un medico di famiglia

**Giuseppe Maso**

*Medico di famiglia - Venezia  
Responsabile corso di Medicina di Famiglia, Università di Udine*

## Lunedì

“Gentili colleghi, come avrete avuto modo di apprendere già dai media...” è l’incipit di una delle numerosissime email scritte dal “Coordinatore Sanitario Direttore di Funzione Territoriale della Aulss” ai medici di medicina generale che appunto hanno già avuto modo di apprendere dai media.

## Martedì

Ho scoperto cos’è il “Bimby”, si tratta di un apparecchio che si usa per cucinare, molto diffuso a quanto si dice. Mi arriva una email da una paziente che mi chiede di compilare un modulo per certificare alcune sue invalidità col fine di ottenere un contributo per l’acquisto dell’apparecchio in oggetto. La mail è seguita da una telefonata che riconferma la richiesta. Rispondo alla signora che non presenta alcuna invalidità e che non certifico il falso. Il giorno dopo leggo una seconda email in cui la stessa signora mi dice che allora intesta il “Bimby” all’anziana suocera, anche a questa email segue una telefonata e alla telefonata segue l’arrivo del fratello in studio. Mi rifiuto di prestarmi a questi giochetti ma la mia posizione non viene assolutamente presa bene. Un’ora dopo ricevo la telefonata di un trentenne in ottima salute che mi chiede di certificare che ha bisogno di un materasso ortopedico, deve cambiare il suo vecchio materasso e con il mio certificato può avere uno sconto. Gli dico che certificare significa “fare certo che” e che non posso certificare patologie che lui non ha. Il suo tono di voce si altera e diventa quasi minaccioso, poi constatato che la mia decisione non cambia mi dice che allora intesterà il materasso alla madre e che io in questo caso non potrò negare il certificato. *O tempora o mores!*

## Mercoledì

La pandemia di Covid-19 ha causato tanti decessi e non solo tra i pazienti colpiti dalle varianti del virus Sars-CoV-2. Esami, diagnosi, interventi rinviati sono responsabili di un numero di eventi letali che faremo fatica a quantificare.

Tra i miei pazienti che soffrono per questo stato di cose c’è Antonio, ottantenne diabetico con cardiopatia ischemica, allettato con catetere vescicale a dimora.

Presentava una lesione al cuoio capelluto compatibile con una neoplasia della cute indicata ai sanitari durante un ricovero in cardiologia per fibrillazione atriale e durante un altro in reparto geriatrico dove era giunto dal pronto soccorso per una infezione urinaria.

Nonostante la segnalazione, la lesione non veniva presa in considerazione per cui una volta a domicilio ho dovuto attivarmi per una visita dermatologica fatta dopo molto tempo e con notevole difficoltà per i familiari. Il dermatologo considerata l’estensione della lesione, cresciuta e ormai diagnostica istologicamente come melanoma, ha rinviato a domicilio il paziente scrivendo nel referto della visita che sarebbe stato contattato per il proseguimento dell’iter diagnostico-terapeutico.

Passati mesi, la lesione si è ulteriormente espansa, cresciuta in estensione e volume coinvolgendo i linfonodi del collo. Non ricordo di aver visto una cosa del genere in tutta la mia ormai lunga carriera, pensavo che a questi livelli si giungesse solo nei paesi più sottosviluppati.

Stamane mi ha chiamato la badante, mi ha mostrato un video in cui si poteva vedere come dalla scura neoformazione del cuoio capelluto uscissero vivissime larve di mosca.

**Giovedì**

Ho saputo che Maria è deceduta perché l'impiegato delle pompe funebri è venuto in studio per farmi compilare la scheda di morte ISTAT. Nessuno dei familiari mi ha comunicato il decesso eppure con Maria si era instaurato un rapporto profondo, l'affetto cresceva mentre si incrementava il numero delle visite domiciliari. Succede quasi sempre così.

Maria era una donna, bella, gioiosa e curiosa. Aveva solo 55 anni quando, poco più di un anno fa, mi accorsi di una strana massa addominale con un'ecografia che feci per un dolore epigastrico. La Tac addominale eseguita poco dopo confermava la massa e il sospetto di un colangiocarcinoma. Veniva sottoposta subito dopo ad intervento chirurgico di resezione della neoformazione e veniva inviata in oncologia. Gli oncologi iniziavano la chemioterapia seguendo un protocollo sperimentale senza alcun beneficio, la neoplasia recidivava e metastatizzava. I familiari si sono rivolti ad un altro centro di oncologia, veniva proposto un nuovo protocollo di chemioterapia e veniva criticato l'operato dei colleghi che l'avevano presa in carico in precedenza.

Intanto continuavo a vedere la paziente a casa, le condizioni peggioravano di giorno in giorno, la collega delle cure palliative, che avevo attivato, visitata la paziente si rivolgeva ai familiari dicendo che sarebbe passata dopo un mese per verificare la situazione. Ma Maria aveva pochi giorni di vita, attivai l'assistenza domiciliare per idratarla per via venosa. L'infermiera chiese ai familiari come mai io non avessi attivato l'assistenza psicologica per loro e come mai non avessi fatto richiesta di un letto per questo tipo di pazienti. Sapevo che la paziente aveva una spettanza di vita di pochissimi giorni ma ovviamente non potevo esimermi da fare richiesta di supporto psicologico e di un letto.

Maria era ascitica ed itterica, in uno stato stuporoso, fortunatamente non aveva dolori. Mi telefonò anche un'amica della figlia, una giovane collega, che mi chiedeva se si poteva fare di più. Prescrissi degli oppiacei a bassa dose, non ne ravvedevo la necessità. La paziente morì il giorno dopo. Come spesso accade in questi casi una volta fatta diagnosi la gestione della malattia è stata per me impossibile, gli oncologi, i palliativi,

visti, l'infermiere, i familiari e gli amici comparsi negli ultimi giorni prendevano decisioni, prescrivevano terapia, davano suggerimenti, formulavano richieste e non potevano accettare che un medico di base dicesse: "sta morendo, lasciate-la morire in pace".

**Venerdì**

- La prevalenza di obesità è aumentata nei ultimi anni soprattutto tra i più giovani, patologia rara qualche decennio fa. Patologia che sembra riguardare prevalentemente la popolazione con scolarità più bassa, senza distinzione di reddito. Molte sono le giovani donne obese. Ho anche l'impressione che tante di loro presentino degli aspetti caratteriali simili. Quando faccio presente che l'obesità è un fattore di rischio da prendere seriamente in considerazione mi guardano quasi meravigliate, non si sentono affatto fuori dagli standard, anzi. Mi guardano con una certa aria di sufficienza, mi spiegano i loro punti di vista, convinte di sapere tutto, si girano, mi mostrano la chioma colorata di azzurro e se ne vanno contenute nei loro saturi *fuseaux*.

- "Caro dottore, si ricorda il mio vecchio? Sono trent'anni oggi che è mancato." Mi abbraccia e mi saluta con gli occhi lucidi.

- Viene dimesso dal reparto di geriatria un mio paziente ricoverato da un collega mentre ero in ferie per stato soporoso, febbre, tosse catarrale in disfacio. Nella lettera di dimissione il collega ospedaliero suggerisce "Visita domiciliare da parte della collega geriatra reperibile con impegnativa al distretto per rivalutazione clinica e dei bisogni assistenziali a breve".

Evidentemente la medicina generale non viene più reputata in grado di eseguire una valutazione clinica né di identificare eventuali bisogni assistenziali.

**Sabato**

Sono al mare, passa sopra alle nostre teste un aereo che traina un lungo striscione. Tutti leggiamo lo slogan "estate in salute", pubblicità di un noto centro di medicina privato. Si sta pubblicizzando il fallimento del nostro Sistema Sanitario Nazionale.

# Sindrome dell'intestino irritabile

Alcune condizioni cliniche rappresentano una sfida diagnostica e terapeutica in assenza di alterazioni degli esami di laboratorio o di imaging. Tra queste l'IBS: la sensibilità e la specificità diagnostica di qualsiasi biomarker sinora proposto è ancora modesta

La sindrome dell'intestino irritabile (IBS) è una sindrome funzionale caratterizzata da dolore o fastidio addominale e modificazioni dell'alvo, in assenza di alterazioni degli esami di laboratorio o di imaging.

Si diagnostica adottando criteri standardizzati (per esempio criteri di Roma), dopo avere scartato la possibilità di un ristretto numero di patologie organiche (celiachia, MICI, malattia diverticolare, ecc).

Per oltre mezzo secolo, l'IBS non è stata considerata una patologia organica. La sua patogenesi multifattoriale ha ostacolato lo sviluppo di biomarker e la sensibilità/specificità diagnostica di qualsiasi biomarker sinora proposto è modesta. Studi di popolazione stimano la sua prevalenza al 10%-20% e l'incidenza all'1%-2% all'anno.

## APPROFONDIMENTO

La sindrome dell'intestino irritabile (IBS) è un disturbo cronico, spesso debilitante e molto diffuso dell'interazione intestino-cervello (la precedente denominazione era "disturbi funzionali gastrointestinali").

Nella pratica clinica, l'IBS è caratterizzata da sintomi di dolore addominale ricorrente e defecazione disordinata.

I criteri Roma IV, derivati per consenso da un gruppo multinazionale di esperti nel campo dei disturbi dell'interazione intestino-cervello, possono essere utilizzati per diagnosticare l'IBS sia per scopi clinici che di ricerca (figura 1).

I pazienti con IBS devono segnalare sintomi di dolore addominale in media almeno una volta alla settimana in associazione con un cambiamen-

to nella frequenza delle feci, un cambiamento nella forma delle feci e/o sollievo o peggioramento del dolore addominale correlato alla defecazione.

Sebbene il gonfiore sia un sintomo comunemente riportato, la sua presenza non è obbligatoria per diagnosticare con precisione l'IBS. Sulla base dei più attuali aggiornamenti scientifici l'American College of Gastroenterology (ACG) ha pubblicato quest'anno le nuove linee guida cliniche sul management della IBS. Nel documento viene suggerito di utilizzare una strategia diagnostica positiva rispetto a una di esclusione per migliorare il tempo necessario per iniziare una terapia appropriata. Per escludere la celiachia nei pazienti con IBS e sintomi di diarrea si suggerisce di eseguire test sierologici e di controllare la calprotectina fecale per escludere una malattia infiammatoria intestinale.

Per quanto riguarda la terapia viene raccomandato l'uso di attivatori del canale del cloro e della guanilato ciclasi per trattare l'IBS globale con sintomi di stitichezza e rifaximina per sintomi di diarrea. Si suggerisce di utilizzare la psicoterapia.

## QUIZ

? **Quale di queste affermazioni è più accurata per quanto riguarda la diagnosi di IBS, secondo le linee guida 2021 dell'American College of Gastroenterology (ACG)?**

- Devono essere eseguiti test sierologici per escludere la celiachia in tutti i pazienti con IBS e sintomi di diarrea.
- Il test per le allergie e la sensibilità alimentare è raccomandato in tutti i pazienti con IBS.
- Il test delle feci di routine per i patogeni enterici deve essere eseguito in tutti i pazienti con sospetta IBS.
- Tutti i pazienti con sintomi di IBS devono essere sottoposti a colonscopia, indipendentemente dall'età o dalla presenza di segnali di pericolo specifici per il cancro.

## DIAGNOSI

### 1 Screening per celiachia

Nelle linee guida viene raccomandato che i pazienti che soddisfano i

criteri basati sui sintomi per IBS con sintomi di diarrea siano sottoposti a screening per celiachia, per un aumento delle probabilità di celiachia tra i pazienti con sintomi di IBS, per le significative potenziali conseguenze della mancata diagnosi di malattia celiaca e per la disponibilità di un trattamento altamente efficace e l'apparente convenienza di una diagnosi precoce. Viene raccomandato lo screening sierologico con transglutaminasi tissutale immunoglobulina A (IgA) e un livello quantitativo di IgA. Se viene eseguita l'endoscopia superiore, devono essere ottenute 6 biopsie del duodeno, incluso il bulbo duodenale, per la revisione istologica.

## 2 Test per allergie alimentari

La bassa specificità dei test per le allergie alimentari farà sì che verranno prodotti molti falsi positivi. La bassa prevalenza di allergie alimentari negli adulti, la scoperta che i pazienti con IBS non hanno maggiori probabilità di sviluppare allergie alimentari e le scarse caratteristiche dei test diagnostici (per esempio livelli sierici di IgE e test cutaneo), non li rendono né efficienti né convenienti per testare i pazienti con IBS per le allergie alimentari.

## 3 Colonscopia

Sulla base delle prove attuali, in assenza di caratteristiche di allarme, non sembra esserci alcuna giustificazione per la colonscopia di routine nei soggetti con IBS di età inferiore ai 45 anni (sebbene il cambiamento dello screening all'età di 45 anni sia controverso). Nei pazienti di età superiore ai 45



anni una colonscopia recente negativa per lo screening del cancro del colon o per altri scopi investigativi dovrebbe mitigare la necessità di un'altra colonscopia per i sintomi dell'IBS in assenza di nuove caratteristiche di allarme. Nei pazienti considerati ad alto rischio di colite microscopica (età >60, sesso femminile e diarrea più intensa), potrebbero esserci prove crescenti a sostegno dell'uso della colonscopia.

## 4 Test per agenti patogeni enterici

In sintesi, data la mancanza di prove chiare dalla letteratura esistente, le linee guida non raccomandano test di routine per agenti patogeni enterici, inclusa Giardia, in tutti i pazienti con IBS, ad eccezio-

ne di quelli con un'alta probabilità pre-test e fattori di rischio definiti per l'esposizione a Giardia.

P.L.

### Risposte esatte

- I test sierologici per escludere la celiachia sono raccomandati di routine nei pazienti con IBS e sintomi di diarrea.
- Il test per le allergie alimentari e la sensibilità alimentare non è raccomandato nei pazienti con IBS a meno che non si notino sintomi riproducibili relativi a un'allergia alimentare.
- L'ACG sconsiglia il test di routine delle feci per i patogeni enterici in tutti i pazienti con IBS.
- La colonscopia di routine non è raccomandata nei pazienti con sintomi di IBS di età inferiore ai 45 anni senza segni premonitori.

### BIBLIOGRAFIA

- Anand BS, MD; Bronze MS, Diamond HS et al. Fast Five Quiz: Commonly Misdiagnosed Conditions. 2021.
- Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM et al. ACG Clinical Guideline: Management of Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol* 2021; 116(1): 17-44.
- Lacy BE, Patel NK. Rome Criteria and a Diagnostic Approach to Irritable Bowel Syndrome. *J Clin Med* 2017; 6(11): 99.
- Pace F. IBS update 2018. [www.overgroup.eu](http://www.overgroup.eu)

# Acido bempedoico nelle dislipidemie

Nella ricerca di nuovi inibitori della sintesi del colesterolo, l'acido bempedoico è un'opportunità per un'ulteriore riduzione del C-LDL in pazienti intolleranti alle statine o in coloro che non raggiungono il target con il dosaggio massimo tollerato

**Tecla Marchese** - *Clinical Investigator Diabetologia ASLTO5 - Riabilitazione Clinica "Villa Adriana"*  
**Antonio Ferrero** - *S.C. Cardiologia ASLTO5 - C.d.L. Professioni Sanitarie, Università degli Studi di Torino*

**L'**ipercolesterolemia è un importante e ben documentato fattore di rischio di malattia cardiovascolare aterosclerotica e un gran numero di studi clinici hanno dimostrato i benefici dell'abbassamento del colesterolo in particolare quello legato a lipoproteine a bassa densità (LDL-C).

La terapia con statine, oltre agli interventi sullo stile di vita, rappresenta il cardine del trattamento dell'ipercolesterolemia, tuttavia gli effetti collaterali associati alle stesse da un lato e la difficoltà a raggiungere gli obiettivi ottimali di C-LDL dall'altro hanno spinto la ricerca verso l'individuazione di nuovi principi attivi. L'ezetimibe è il farmaco più comunemente usato, con una capacità di riduzione del LDL-C del 15%-25%.

Sono inoltre utilizzati, da qualche anno gli inibitori della proproteina della convertasi subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9-I) in grado di ridurre il C-LDL dal 45% al 64%. Gli inibitori di PCSK9 tuttavia sono somministrabili solo per via parenterale e sono relativamente costosi.

## ► Acido bempedoico: proprietà e meccanismo d'azione

L'acido bempedoico è un nuovo farmaco ad effetto ipolipemizzante con azione sulla biosintesi epatica del colesterolo. Le statine, come è noto, inibiscono la HMG CoA ridutta-

si, l'acido bempedoico inibisce l'Adenosin trifosfato-citrato liasi (ACLY), collocandosi due passaggi a monte della via biochimica di sintesi rispetto alla HMG CoA reductasi.

L'acido bempedoico è un profarmaco e viene convertito a metabolita attivo, dall'enzima very long-chain acyl-CoA synthetase-1 (ACSVL1). Questa trasformazione avviene negli epatociti e porta alla genesi della molecola attiva.

L'enzima ACSVL1 è espresso a livello epatico e renale e non a livello muscolare con netta riduzione del rischio di effetti collaterali in questa sede. Inoltre, l'inibizione di ACLY determina inibizione della sintesi degli acidi grassi.

## ► Gli studi

L'efficacia dell'acido bempedoico è stata riportata in diversi studi di fase 2.

Ballantyne et al. hanno dimostrato un effetto di riduzione delle LDL dose-dipendente in monoterapia con acido bempedoico in pazienti con ipercolesterolemia.

I successivi studi clinici del progetto CLEAR (Cholesterol Lowering via Bempedoic acid, an ACL-inhibiting Regimen) hanno studiato l'efficacia dell'acido bempedoico in associazione con statine, ezetimibe e in monoterapia.

Lo studio CLEAR Tranquility ha valu-

tato l'efficacia e la sicurezza dell'acido bempedoico aggiunto a ezetimibe in pazienti intolleranti alle statine con C-LDL  $\geq 100$  mg/dL portando a una riduzione del 28.5% del C-LDL rispetto al placebo a 12 settimane.

Allo stesso modo, lo studio CLEAR Serenity ha valutato l'efficacia e la sicurezza dell'acido bempedoico in pazienti intolleranti alle statine con ipercolesterolemia per un periodo di 24 settimane. In questo studio, circa l'8,4% dei partecipanti ha continuato la terapia con statine a basso dosaggio tollerato. A 12 settimane, l'acido bempedoico ha prodotto una riduzione del 21.4% del livello di colesterolo LDL rispetto al placebo.

CLEAR Wisdom ha valutato la sicurezza e l'efficacia dell'acido bempedoico in pazienti cardiovascolari ad alto rischio con ASCVD, ipercolesterolemia familiare eterozigote o entrambi in terapia con statine massimamente tollerate. L'aggiunta di acido bempedoico ha determinato una riduzione dal 13.9% al 17.4% del colesterolo LDL a 12 settimane.

CLEAR Harmony includeva pazienti ad alto rischio in terapia con statine massimamente tollerate con o senza terapia ipolipemizzante aggiuntiva. I partecipanti randomizzati ad acido bempedoico hanno ottenuto un'ulteriore riduzione del 18% del

C-LDL rispetto al placebo.

Un ulteriore studio di Ballantyne e Laufs ha dimostrato una riduzione del LDL-C pari al 38% con aggiunta di acido bempedoico a terapia statinica massimale tollerata.

Una recente analisi di 3.621 partecipanti ai quattro studi di fase 3 ha dimostrato che l'acido bempedoico non è associato ad una maggiore incidenza di diabete di nuova insorgenza o ad un peggioramento del controllo glicemico tra i pazienti con diabete noto; inoltre la mancanza di metaboliti attivi a livello dei muscoli scheletrici, fa sì che l'acido bempedoico non sia associato a un'aumentata incidenza di miopia.

Tra i potenziali effetti avversi si segnalano: iperuricemia e sintomi di gotta soprattutto nei pazienti con anamnesi positiva di gotta.

In alcune popolazioni particolari come i pazienti diabetici ed anziani l'acido bempedoico ha dimostrato effetti interessanti. In particolare effetti favorevoli sul metabolismo glicidico, incremento della sensibilità all'insulina, minore incidenza di diabete mellito o di peggioramento di diabete preesistente.

All'interno degli studi CLEAR circa il 58% dei pazienti aveva un'età  $\geq 65$  anni. Non sono state rilevate diffe-

renze di sicurezza e anche nella coorte di pazienti con età  $\geq 75$  anni è stato confermato il profilo di efficacia e sicurezza con minore rischio di interazioni farmacologiche in quanto il metabolismo di acido bempedoico è indipendente dal citocromo.

### ► Effetti su morbilità e mortalità CV

L'effetto dell'acido bempedoico sulla morbilità e mortalità cardiovascolare deve ancora essere determinato. Lo studio CLEAR Outcomes è uno studio di fase 3 che arruolerà 14.032 partecipanti. L'endpoint composito primario include: morte cardiovascolare, infarto miocardico non fatale, ictus non fatale o rivascolarizzazione coronarica. I risultati sono attesi per marzo 2022.

Al recente congresso dell'American College of Cardiology è stato presentato uno studio di simulazione condotto in pazienti con patologia cardiovascolare aterosclerotica (ASCVD) reclutati in 4 studi di fase 3 che hanno posto a confronto l'acido bempedoico con placebo. L'acido bempedoico ha determinato una riduzione del rischio cardiovascolare a 10 anni e dei livelli di LDL significativamente maggiore rispetto ai gruppi in placebo.

### ► Conclusioni

L'acido bempedoico è una molecola di piccole dimensioni con emivita di 15-24 h che può essere somministrata per via orale una volta al giorno.

Agisce inibendo l'ATP citrato liasi (ACLY), un enzima della catena biochimica che porta alla sintesi del colesterolo. L'acido bempedoico è un profarmaco e viene convertito al livello epatico da un enzima che non è presente nel muscolo scheletrico: per questo sono minori i rischi di mialgia e miopia. Ha dimostrato efficacia nell'abbassare il C-LDL sia in monoterapia che in combinazione con ezetimibe o statine. L'acido bempedoico e l'ezetimibe in associazione riducono il colesterolo LDL di circa il 40%. L'acido bempedoico offre un'importante opportunità per un'ulteriore riduzione del C-LDL nei pazienti intolleranti alle statine o in coloro che non raggiungono il target con il dosaggio massimo tollerato. In questo senso può essere considerato un'alternativa agli inibitori del PCSK9. In soggetti con rischio aumentato di malattia cardiovascolare aterosclerotica, come anziani, pazienti diabetici, pazienti in prevenzione secondaria e con ipercolesterolemia familiare può rappresentare un'ulteriore opzione terapeutica ipolipemizzante.

## BIBLIOGRAFIA

- Agarwala A, Goldberg AC. Bempedoic acid: a promising novel agent for LDL-C lowering. *Future Cardiol* 2020; 16(5):n361-371.
- Ballantyne CM, McKenney JM, MacDougall DE et al. Effect of ETC-1002 on serum low-density lipoprotein cholesterol in hypercholesterolemic patients receiving statin therapy. *Am J Cardiol* 2016;n117: 1928-33.
- Ballantyne CM, Laufs U, Ray KK et al. Bempedoic acid plus ezetimibe fixed-dose combination in patients with hypercholesterolemia and high CVD risk treated with maximally tolerated statin therapy. *Eur J Prev Cardiol* 2020; 27: 593-603.
- Banach MJ, Duell PB, Gotto AM, Jr, et al. Association of bempedoic acid administration with atherogenic lipid levels in phase 3 randomized clinical trials of patients with hypercholesterolemia. *JAMA Cardiol* 2020; e202314.
- Esperion Therapeutics. Evaluation of major cardiovascular events in patients with, or at high risk for, cardiovascular disease who are statin intolerant treated with bempedoic acid (ETC-1002) or placebo (CLEAR Outcomes). 2016. Available at: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02993406>. Accessed 07/15/2020
- Goldberg AC, Leiter LA, Stroes ESG et al. Effect of bempedoic acid vs placebo added to maximally tolerated statins on low-density lipoprotein cholesterol in patients at high risk for cardiovascular disease: the CLEAR Wisdom randomized clinical trial. *JAMA* 2019; 322: 1780-8.
- Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APHA/ASPC/NLA/PCNA guideline on the management of blood cholesterol. *J Am Coll Cardiol* 2019; 73: 3168-3209.
- Leiter LA, Banach M, Catapano AL et al. Abstract 11417: Bempedoic acid and glycemic control: a pooled analysis of 4 Phase 3 Clinical Trials. *Circulation* 2019; 140: A11417.
- Lemus HN, Mendivil CO. Adenosine triphosphate citrate lyase: emerging target in the treatment of dyslipidemia. *J Clin Lipidol* 2015; 9(3): 384-389.
- Laufs U, Banach M, Mancini GBJ, et al. Efficacy and safety of bempedoic acid in patients with hypercholesterolemia and statin intolerance. *J Am Heart Assoc* 2019; 8:e011662.
- Laufs U, Banach M, Mancini GBJ, et al. Efficacy and safety of bempedoic acid in patients with hypercholesterolemia and statin intolerance. *J Am Heart Assoc* 2019; 8:e011662.
- Navarese EP, Robinson JG, Kowalewski M, et al. Association between baseline LDL-C level and total and cardiovascular mortality after LDL-C lowering: a systematic review and meta-analysis [published correction appears in *JAMA* 2018; 320(13):1387] *JAM* 2018; 319(15): 1566-1579.
- Ray KK, Bays HE, Catapano AL et al. Safety and efficacy of bempedoic acid to reduce LDL cholesterol. *N Engl J Med* 2019; 380(11): 1022-1032.
- Ruscsica M, Banach M, Sahebkar A, Corsini A, Sirtori CR. ETC-1002 (Bempedoic acid) for the management of hyperlipidemia: from preclinical studies to phase 3 trials. *Expert Opin Pharmacother* 2019; 20(7): 791-803. doi: 10.1080/14656566.2019.1583209

# Nuove raccomandazioni italiane sul diabete

Pubbligate le nuove “Linee guida per il trattamento del DM di tipo 2”, elaborate da SID e AMD. Raccomandazioni che hanno l’obiettivo di fornire un riferimento per il trattamento, farmacologico e non, alla luce delle acquisizioni più attuali

**S**ono state pubblicate sul sito dell’ISS le nuove “Linee Guida per il Trattamento del Diabete Mellito di tipo 2”, elaborate dalla SID e dalla AMD.

Focalizzandoci in ambito farmacologico le nuove raccomandazioni offrono più di una opzione possibile nella scelta del farmaco di seconda o terza scelta. La scelta tra queste opzioni dipende dalle caratteristiche del paziente, quali l’età, la presenza di insufficienza renale, altre comorbidità o complicanze diabetiche, peso corporeo, durata del diabete, grado di iperglicemia, ecc. Di seguito una breve sintesi.

► **Pazienti senza pregressi eventi CV**

Si raccomanda metformina come farmaco di prima scelta per il trattamento a lungo termine. SGLT-2i e i GLP-1 RA sono raccomandati in seconda scelta. Pioglitazone, DPP-4i, acarbiosio ed insulina dovrebbero essere considerati farmaci di terza scelta (figura 1).

Molti studi clinici randomizzati sostengono l’uso di metformina, SGLT-2i o GLP-1 RA come farmaci preferenziali nel DT2, per la loro efficacia nella riduzione della HbA1c, il basso rischio

di ipoglicemia e la riduzione degli eventi CV maggiori e della mortalità. Inoltre, GLP-1 RA e SGLT-2i hanno effetti favorevoli sul peso corporeo. Gli insulino-secretagoghi (sulfaniluree e repaglinide) hanno minore efficacia a lungo termine, con rischio di ipoglicemia e mortalità maggiori delle altre classi e pertanto non dovrebbero essere più considerati nel DT2 (la qualità delle evidenze è modera).

► **Pazienti con pregressi eventi CV e senza scompenso cardiaco**

Si raccomanda l’uso di metformina, SGLT-2i e GLP-1 RA come farmaci di prima scelta per il trattamento a lungo termine. Pioglitazone, DPP-4i, acarbiosio ed insulina dovrebbero essere considerati farmaci di seconda scelta.

Numerosi studi clinici randomizzati supportano l’uso della metformina, SGLT-2i o GLP-1 RA come farmaci di prima scelta. In particolare, SGLT-2i hanno anche, rispetto a metformina e GLP-1 RA, effetti favorevoli sui pazienti con scompenso cardiaco. Gli insulino-secretagoghi hanno invece una minore efficacia a lungo termine con rischi ipoglicemici elevati e maggiori tassi di mortalità e

anche in questo caso non dovrebbero più essere considerati nel trattamento del paziente di tipo 2.

Gli studi di farmacoeconomia, numerosi e di buona qualità, mostrano che la metformina ha costi di acquisizione inferiori rispetto ad altre classi di farmaci; inoltre, metformina e SGLT-2i, ed in minor misura gli analoghi recettoriali degli GLP-1, hanno un buon rapporto costo-efficacia

► **Pazienti con scompenso cardiaco**

Si raccomanda l’uso di SGLT-2i come farmaci di prima scelta per il trattamento a lungo termine. I GLP-1 RA e metformina dovrebbero essere considerati come farmaci di seconda scelta, mentre DPP-4i, acarbiosio ed insulina come farmaci di terza scelta.

► **Pazienti che necessitano di insulina basale**

Si raccomanda l’uso degli analoghi len ti dell’insulina, rispetto all’insulina NPH.

► **Pazienti che necessitano di insulina prandiale**

Si suggerisce l’uso degli analoghi rapidi dell’insulina, rispetto all’insulina regolare umana.

► **Pazienti non adeguatamente controllati**

L’utilizzo routinario del microinfusore di insulina non è raccomandato.

FIGURA 1

**Terapia DT2 in assenza di pregressi eventi CV**

Metformina

Agonisti recettore GLP1

Inibitori SGLT2

Inibitori DPP4i

Acarbose

Pioglitazone

Insulina

Le associazioni tra più farmaci devono essere prescritte secondo le indicazioni delle rispettive schede tecniche



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il pdf “Linee guida SID-AMD terapia DT2”

# Prevenzione CV in pratica clinica

Al congresso ESC 2021 presentate le nuove linee guida europee per la prevenzione della malattia cardiovascolare. Un documento utile per la medicina del territorio. L'enfasi è riposta sull'approccio terapeutico personalizzato, in un percorso condiviso tra paziente e curante

**N**el corso del congresso dell'European Society of Cardiology (ESC, 27-30 agosto 2021) sono state presentate le nuove linee guida per la prevenzione della malattia CV in pratica clinica. Le linee guida sono divise in due sezioni: una prima riguarda la prevenzione della malattia CV a livello individuale in soggetti apparentemente sani, in pazienti con malattia CV diagnosticata e in quelli con diabete, ipercolesterolemia familiare o MRC, nei pazienti anziani. Un'altra sezione è dedicata alla prevenzione CV a livello di popolazione. Ampio spazio è stato dedicato alla gestione dei fattori di rischio CV, alla corretta stratificazione e alla prevenzione degli eventi clinici.

"È un documento facilmente fruibile e utile nella pratica clinica sia in ambito ospedaliero sia a livello di medicina del territorio" - afferma ad **M.D. Davide Capodanno**, Professore associato di Cardiologia, Università di Catania e componente della task-force delle LG. "L'enfasi delle LG è posta innanzitutto sull'approccio personalizzato della terapia e della intensità delle cure, in un percorso condiviso tra paziente e medico curante". Per la stratificazione del rischio, vengono introdotti score più moderni, come gli algoritmi Systemic Coronary Risk Estimation 2 (SCORE2), per la stima del rischio a 10 anni, e il Systemic Coronary Risk Estimation 2-Older Persons (SCORE2-OP)".

In particolare, le nuove linee guida introducono un nuovo percorso di intensificazione del trattamento a "step" al fine di raggiungere i target stabiliti, te-

nendo conto dei fattori di rischio, dei modificatori del rischio, delle comorbidità e delle preferenze del paziente.

Nelle persone sane, ad esempio, l'approccio graduale inizia con raccomandazioni valide per tutti: smettere di fumare, adottare uno stile di vita sano e mantenere generalmente una PAS adeguata (ovviamente i cut-off della PAS cambiano per le diverse categorie di pazienti) così come i valori di colesterolo. Le raccomandazioni vengono quindi adattate in base al rischio CV a 10 anni.

## ► Prevenzione secondaria

Le LG sottolineano come dopo l'iniziale trattamento dei fattori di rischio e il raggiungimento degli obiettivi terapeutici, possa rimanere un rischio residuale per gli eventi CV, che può variare molto da paziente a paziente e deve essere preso in considerazione.

A volte il rischio CV ricorrente può essere molto elevato nonostante il trattamento, ed è in questi casi che potrebbero essere presi in considerazione i nuovi trattamenti preventivi. Tra le novità introdotte vi è l'inserimento di colchicina (0.5 mg o.d.) in aggiunta alla terapia standard, in prevenzione secondaria, nei pazienti ad alto rischio se la migliore terapia possibile non è in grado di controllare in maniera adeguata i fattori di rischio.

Questa scelta deriva da una serie di considerazioni fisiopatologiche e dai risultati di alcuni importanti trial. Il punto di partenza è l'osservazione che il processo aterosclerotico presenta componenti infiammatorie. Ciò ha portato negli ultimi

anni ad approfondire diverse terapie antinfiammatorie al fine di ridurre il rischio CV. Nel 2019, lo studio COLCOT (Colchicine Cardiovascular Outcomes Trial) ha riportato una significativa riduzione (HR 0.77) degli esiti CV con colchicina a basse dosi (0.5 mg 1/die), in aggiunta a terapia standard, in pazienti con recente infarto miocardico. Più recentemente, lo studio LoDoCo2 (second Low-Dose Colchicine) ha confermato questi risultati in pazienti con coronaropatia cronica (HR 0.69), suggerendo come possa essere ragionevole, in pazienti ad alto rischio, questo tipo di approccio.

## ► Interventi pubblici

Le LG raccomandano interventi politici che includono misure per ridurre l'inquinamento atmosferico, ridurre l'uso di combustibili fossili e limitare le emissioni di anidride carbonica. Altre misure sono una maggiore disponibilità di spazi per parchi giochi scolastici e una legislazione che limiti la commercializzazione di alimenti non salutari ai bambini attraverso la TV, Internet, social media. Le sigarette elettroniche, che creano dipendenza, dovrebbero essere soggette a controlli di marketing simili alle sigarette standard.

• Visseren FLJ, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2021; 42: 3227-37.



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

# Da una lombalgia al mieloma multiplo

In meno dell'1% dei casi la causa di una lombalgia è maligna. La diagnosi di mieloma multiplo è stata sospettata sulla base di una costellazione di risultati: ipercalcemia, insufficienza renale, anemia e lesioni ossee alla RM

**U**n manager di 42 anni si presenta all'attenzione del medico perché negli ultimi 6 mesi accusa una lombalgia intermittente alleviata da Fans e stanchezza cronica.

■ **Anamnesi.** In precedenza il suo stato di salute era buono e il paziente attribuisce i sintomi alla depressione dopo il divorzio, avvenuto sei mesi prima, e per la quale si è rivolto ad un terapeuta. Assume solo integratori vitaminici. Al ritorno da una vacanza all'estero nel mese precedente il mal di schiena è peggiorato, causandogli risvegli notturni con episodi febbrili e abbondante sudorazione. Riferisce anche di aver perso "qualche chilo".

Il dolore è limitato alla parte bassa della schiena. Non presenta sintomi respiratori; 4 anni fa, dopo un episodio di polmonite grave, ha cessato di fumare. Consuma alcol con moderazione e nega l'uso di droghe.

■ **Esame fisico.** Il paziente è vigile e orientato ma appare stanco. Assenza di febbre, segni vitali nella norma (FC 84 batt/min, FR 16 respiri/min, PA 128/78 mmHg). Saturazione ossigeno 98% aria/ambiente (pulsossimetria). Auscultazione toracica e addome nella norma. Si nota un pallore congiuntivale lieve, in assenza di ittero, linfadenopatia e cianosi. Si osserva un edema minimo al piede, ma i risultati dell'esame della pelle sono insignificanti. Assenza di deficit focali, è in grado di estendere e flettere la schiena. Le articolazioni sono mobili, l'esame muscolo-scheletrico rivela massa, tono e potenza normali.

## ► Indagini diagnostiche

■ **Esami ematochimici.** Emoglobina 9,5 g/dL, con normale conta totale dei GB, differenziale e piastrinica. Lo striscio di sangue periferico conferma l'anemia normocromica normocitica; si nota l'aggregazione dei globuli rossi, in assenza di altre cellule anormali. VES 104 mm/h. Creatinina (2,1 mg/dL) e calcio (11,1 mg/dL) elevati, diminuzione dell'albumina (3,2 g/dL). Elettroliti ed enzimi epatici nella norma. Test HIV negativo. *Urine:* lieve proteinuria.

## ■ Rx torace e colonna vertebrale toracolare.

Nella norma. Sulla base dei risultati si ipotizzano alcune ipotesi, tra cui un danno renale acuto correlato ai Fans, che il paziente ha assunto abbondantemente senza prescrizione per il controllo del dolore, malattia di Pott, polimiosite paraspinale primaria ma anche mieloma multiplo. Viene programmata una RM della colonna vertebrale.

■ **RM colonna vertebrale.** Diverse lesioni >5 mm che coinvolgono più corpi vertebrali.

## ► Diagnosi

Sulla base della RM e di un conseguente aspirato di midollo osseo (presenza di plasmacellule al 22%) nonché dei risultati dei test per le catene leggere prive di siero risultati in seguito positivi è stata posta diagnosi di mieloma multiplo (MM). Il paziente è stato classificato in stadio II (rischio intermedio).

## ► Terapia e decorso medico

Il paziente è stato sottoposto a sei cicli di chemioterapia di induzione. Il trattamento è stato ben tollerato. Poiché aveva meno di 65 anni, ha ricevuto una terapia ad alte dosi con melfalan, seguita da trapianto di cellule staminali ematopoietiche autologhe (HSCT) utilizzando cellule progenitrici del sangue periferico. Circa 18 mesi dopo il paziente sta bene. Oltre al trattamento di successo per MM, la sua depressione è migliorata.

## ► Discussione

Un uomo di mezza età con lombalgia è uno scenario clinico comune; questa condizione colpisce almeno il 20% di questa popolazione. In meno dell'1% la causa è maligna. I red flags includevano la persistenza e il peggioramento del mal di schiena, che svegliava il paziente dal sonno; sintomi sistemici di affaticamento; febbre occasionale; anomalie ematologiche e biochimiche nei test di screening.

La diagnosi di MM è stata sospettata sulla base di una costellazione di risultati riferiti dall'acronimo CRAB: ipercalcemia, insufficienza renale, anemia e lesioni ossee. L'età media alla diagnosi è di 68 anni; tuttavia, è possibile anche tra i giovani adulti. La presentazione non specifica della malattia porta spesso a ritardi significativi nella diagnosi. In questo caso, una RM della colonna vertebrale ha contribuito a confermare la diagnosi. (P.L.)

• [https://reference.medscape.com/viewarticle/933451\\_1](https://reference.medscape.com/viewarticle/933451_1)

# Immunobiotici nelle infezioni respiratorie

Una nuova miscela di probiotici ceppo-specifici ad attività immunomodulante, potenziata da zinco, vitamina D e dall'inulina con azione prebiotica, può riequilibrare il microbiota e stimolare l'attività immunologica nelle infezioni delle vie respiratorie

**L**e infezioni a carico delle vie respiratorie rappresentano uno dei più frequenti motivi di accesso agli ambulatori dei Mmg. Nell'attuale contesto acquisiscono sempre più valore gli interventi con finalità preventive che rafforzino la risposta immunitaria, in quanto nel corso di una infezione respiratoria si assiste ad una risposta immunologica all'infezione stessa contraddistinta da un processo infiammatorio, dando luogo al binomio infezione-infiammazione.

"Alcuni soggetti sono più suscettibili alle infezioni respiratorie a causa di diversi fattori (esposizione ad inquinamento ambientale, fumo di sigaretta, dieta squilibrata ricca di grassi saturi e povera di fibre, ecc). Questi elementi e l'infezione respiratoria stessa creano uno squilibrio del microbiota, composto da batteri buoni che hanno l'effetto di stimolazione del sistema immunitario, non solo a livello intestinale, ma anche del microbiota respiratorio - spiega ad *M.D.* il professor **Giorgio Ciprandi**, allergologo presso Villa Montallegro di Genova.

Da alcuni anni è stata infatti definita l'esistenza di un'asse intestino-vie aeree. L'intestino e i polmoni possono dialogare attraverso la migrazione diretta delle cellule immunitarie dall'intestino al tratto respiratorio. Oggi viene attribuito al microbiota intestinale la possibilità

di influenzare il comportamento funzionale del microbiota polmonare attraverso una sua diretta immunomodulazione.

Questo spiega come un prodotto assunto per via orale sia funzionale non solo per l'apparato digerente ma mandi segnali sull'apparato respiratorio: per esempio un probiotico, utile per potenziare le risposte immunologiche, può avere un effetto positivo anche sulle vie respiratorie.

Nelle infezioni respiratorie inoltre il consumo maggiore di antibiotici si osserva nei mesi invernali: il loro uso e l'abuso oltre ad associarsi al drammatico problema dell'antibiotico-resistenza può dare luogo a disbiosi intestinale e polmonare. Dunque un "circolo vizioso" infezione-disbiosi che va interrotto. Gli interventi possibili ed efficaci prevedono l'uso di opportuni probiotici assunti per via orale, così da favorire l'eubiosi intestinale e respiratoria oltre a svolgere attività antinfettiva e antinfiammatoria.

## ► Immunobiotico a duplice azione

Alla luce delle evidenze scientifiche è stato sviluppato un nuovo integratore alimentare (Abincol Immuno di Aurora Biofarma) composto dall'associazione di 3 nuovi ceppi di probiotici - "immunobiotici" - ad azione sinergica:

- *Lactobacillus rhamnosus* CRL 1505

- *Lactobacillus plantarum* LP01
- *Lactobacillus delbrueckii* LB2.

L'azione dei ceppi probiotici è potenziata dalla presenza di vitamina D (colecalfifero ad una concentrazione di 5 µg) e zinco (10 mg).

In questo ambito la vit. D ha una attività immunostimolante che consente di migliorare l'eliminazione di batteri, virus e funghi, creando una preziosa sinergia con l'attività dei probiotici.

Lo zinco, oligoelemento essenziale per lo sviluppo e il funzionamento del sistema immunitario, svolge un ruolo critico poiché è necessario per il funzionamento del timo, la formazione dell'immunità delle cellule T, neurofili, macrofagi e le cellule natural killer.

Il motore di Abincol Immuno è l'inulina, fruttano, polisaccaride di origine vegetale. Dall'idrolisi enzimatica dell'inulina si ricavano i FOS (Frutto-Oligo-Saccaridi), sostanze prebiotiche, che stimolano la proliferazione dei probiotici del colon. L'inulina potenzia dunque l'azione del LAB, migliorando la loro sopravvivenza e fornendo un substrato specifico anche per la loro replicazione.

"Questo nuovo immunobiotico è dunque una evoluzione nel variegato mondo dei probiotici con una peculiarità d'azione e di vantaggi in grado di aumentare e rinforzare maggiormente il sistema immunitario" - conclude il Prof. Ciprandi.

# Agopuntura e infertilità

L'agopuntura è un sistema che dimostra "sul campo" capacità di influire sulle dinamiche riproduttive. I dati in progress sono estremamente incoraggiante per la prosecuzione di studi e di ricerche cliniche

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

**L**a fertilità della popolazione dei Paesi occidentali tende a ridursi progressivamente a ritmi sostenuti. Nonostante la disponibilità di cure efficaci e di procedure terapeutiche di grande valore tecnico e scientifico, il problema non è da considerarsi risolto; infatti il ricorso a tecniche di PMA ha costi sociali ed esistenziali alti e non è sempre in grado di dare risposte ad una platea di pazienti che cresce di giorno in giorno.

L'agopuntura è molto utilizzata nei disturbi della fertilità e molto spesso sono gli stessi ginecologi a proporla perché migliora gli *outcome* e la risposta del paziente alle terapie. Vediamo nel dettaglio come sia possibile e quali siano i vantaggi dell'utilizzo combinato.

## ► Utilizzo in pratica clinica

L'agopuntura è ben nota per il suo effetto di regolazione ormonale che avviene sia a livello centrale - dove agisce tramite l'aumento degli oppioidi nel circolo portale ipofisario influenzando così non solo la secrezione degli ormoni ma la pulsatilità della secrezione - che a valle, migliorando la risposta dei tessuti agli ormoni. Per questo è efficace in molti disturbi ormonali considerati scarsamente trattabili, come la sindrome dell'ovaio policistico. Sebbene in letteratura non sia stato ancora possibile quantificare l'effetto sul numero di gravidanze, sono moltissime le evidenze sui singoli meccanismi d'azione e c'è la netta impressione che il complessivo effet-

to neuroendocrino - che si esplica sia sugli assi degli ormoni gonadici che in generale su tutto il sistema ipotalamo-ipofisario - migliori la fertilità. Non ci dimentichiamo che i meccanismi riproduttivi sono estremamente responsivi alle dinamiche vegetative complessive e una piccola variazione della risposta agli *stressor* può migliorare la fertilità in modo significativo.

- L'infertilità femminile di causa non infettiva, beneficia in maniera sostanziale dell'agopuntura. I fattori ormonali incidono sia nei disturbi dell'ovulazione che nei fattori tubarici. Il movimento delle ciglia, che spingono l'ovulo dall'ovaio fino alla cavità uterina, è influenzato dal clima ormonale estrogenico e progestinico e le modifiche nella microcircolazione che avvengono durante l'ovulazione influenzano la secrezione del fluido tubarico che, come quello follicolare, accompagna l'ovocita nel suo transito tubarico e ne induce modifiche strutturali che ne influenzano il metabolismo e la fertilità. Per questo la regolazione endocrina è fondamentale per migliorare le possibilità di gravidanza.

- Durante le procedure di PMA l'agopuntura ha un ruolo molto importante perché riesce a regolare la risposta ovarica in senso fisiologico, evitando sia le sindromi da iperstimolazione ovarica (OHSS) che la mancata risposta, soprattutto nei soggetti che hanno già avuto numerose stimolazioni.

- L'agopuntura migliora anche l'endometrio tramite meccanismi sia vascolari che biochimici. Indubbi sono gli

effetti sulla qualità della vita delle donne che si sottopongono ai trattamenti ormonali, migliorando sia le sensazioni somatiche - come la stasi linfatica e vascolare - che i disturbi psicologici che sono spesso una conseguenza diretta del trattamento ormonale e che vengono spesso classificati non correttamente come disturbi psicologici primari.

- Anche l'infertilità di causa maschile è trattabile con l'agopuntura, che migliora la motilità degli spermatozoi e le loro caratteristiche ultrastrutturali, sebbene non sembra influire sulla quantità. L'agopuntura ha una grande efficacia sulla cosiddetta infertilità immunitaria e, con la sua attività di normalizzazione della risposta immune, sembra ridurre anche gli anticorpi antisperma.

## ► Conclusioni

L'agopuntura è quindi un sistema medico che dimostra "sul campo", grande capacità di influire sulle dinamiche riproduttive e il corpus dei dati che si stanno accumulando è estremamente incoraggiante per la prosecuzione di studi e di ricerche cliniche. Data la totale assenza di effetti collaterali e la sua efficacia su diversi parametri ormonali e vegetativi, l'agopuntura è sicuramente un trattamento maneggevole e non invasivo da proporre ai pazienti per un approccio più sereno ed efficace alla medicina riproduttiva.

Bibliografia disponibile a richiesta



# NUTRIENTI e SUPPLEMENTI

INFORMAZIONE QUALIFICATA DA FONTI QUALIFICATE



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



## LICOPENE CONTRO LA TOSSICITÀ DA ANTITUMORALI



## IMPIEGO CLINICO DEL COLOSTRO BOVINO



## DIETA MEDITERRANEA NELLA DISFUNZIONE ERETTILE



## SELENIO E MANGANESE IN GRAVIDANZA

## Licopene contro la tossicità da antitumorali

*Conferme sull'efficacia del licopene nel ridurre la tossicità cutanea e lo stress ossidativo*

■ Utilizzare un integratore a base di licopene per ridurre la tossicità di farmaci antitumorali. L'ipotesi trova conferma in uno studio italiano condotto su pazienti con carcinoma metastatico del colon-retto trattati con inibitori dell'Epidermal growth factor receptor (Egfr), da poco pubblicato sul Journal of functional foods. Ne abbiamo parlato con **Mauro Moroni**, direttore della divisione di Oncologia all'Ospedale San Carlo Borromeo di Milano e prima firma della ricerca.

### ► Effetti collaterali

Caratteristica dei farmaci aventi come target Egfr è la tossicità cutaneo/mucosa (eritema, rash papulo-pustoloso, secchezza cutanea, alterazione della crescita pilifera, prurito, alterazioni ungueali, iperpigmentazione, tricomegalia e mucositi), che porta talvolta alla sospensione o alla riduzione di dose del farmaco. L'inibizione di Egfr porta alla produzione di sostanze ossidanti tramite la produzione

di citochine proinfiammatorie. L'espressione di Egfr a livello dell'epidermide fa sì che tale inibizione causi reazioni infiammatorie.

### ► Lo studio

Il licopene possiede un'attività antiossidante eccezionale. Essendo una sostanza lipofila, è in grado di accumularsi in grande concentrazione a livello di tessuti a elevato contenuto di lipidi come la cute.

È stato condotto uno studio pilota su 28 pazienti affetti da ca del colon-retto metastatico, trattati con l'anticorpo monoclonale anti-Egfr panitumumab. I pazienti sono stati distribuiti random e in doppio cieco (licopene vs placebo). È stata somministrata una formulazione di licopene coniugato a proteine del siero, lactolicopene, per aumentare l'assorbimento intestinale a partire dal giorno precedente l'inizio del primo ciclo di terapia e per tutta la durata del trattamento.

► **Risultati**

Solo 3 pazienti su 13 nel gruppo licopene hanno sviluppato una tossicità cutanea di grado medio-severo, mentre nel gruppo placebo si è manifestata in 10 dei 15 pazienti trattati. La riduzione assoluta della tossicità cutanea medio-severa si è osservata nel 41% dei pazienti e nel 46% dei cicli somministrati nel gruppo licopene rispetto al placebo. Il tempo di comparsa di una tossicità cutanea di intensità medio-severa rispetto all'inizio del trattamento è stato significativamente molto più lungo nel gruppo licopene.

La somministrazione di lactolicopene è stata in grado di aumentare la concentrazione plasmatica di licopene, di rendere meno vistoso il calo di altri antiossidanti e di ridurre grandemente la produzione di malondialdeide rispetto ai valori pre-trattamento.

► **Conclusioni**

I risultati hanno dimostrato l'efficacia del licopene nel ridurre la tossicità cutanea e lo stress ossidativo. Considerando l'assenza di effetti collaterali, se si esclude la pos-



sibile intolleranza o allergia al pomodoro, essendo il licopene un composto nutraceutico, gli AA ritengono che possa essere già utilizzato nella pratica clinica. È stato inoltre disegnato uno studio per verificare il reale impatto dell'utilizzo di un integratore contenente lactolicopene nella pratica clinica e come meglio integrare il suo utilizzo con la somministrazione di tetracicline.

## Impiego clinico del colostro bovino

*Può trovare ampi campi di applicazione nella prevenzione e trattamento di varie affezioni infiammatorie*

■ Una recente review (*Nutrients 2021, 13(7), 2194*) ha fatto il punto sulle evidenze disponibili sull'impiego clinico del colostro bovino. Le illustra **Stefano Botti**, Unità di Ematologia, Azienda Usl-Irccs di Reggio Emilia, tra gli Autori della ricerca.

► **Colostro bovino e umano**

Sia il colostro umano che quello bovino sono composti straordinari dal punto di vista dei possibili effetti benefici sul profilo metabolico nutrizionale umano. Tuttavia, il colostro bovino è, in genere, estremamente più ricco, in termini di fattori immunitari che possono risultare anche 40-60 volte più concentrati di quelli del colostro umano. Il colostro bovino è un elemento composito naturale, privo di effetti collaterali, che può essere molto utile in ambito clinico, nella prevenzione/trattamento di varie affezioni di tipo infiammatorio, ma anche nella popolazione sana, per il miglioramento delle performance fisiche. Una vasta gamma di peptidi e proteine come lattoferrina, lattoperossidasi, varie citochine, interleuchine, che conferiscono significativi effetti immunologici, anti-

batterici e antinfiammatori, lo rendono particolarmente interessante per l'utilizzo clinico. Per questi motivi può trovare ampi campi di applicazione nella prevenzione e nel trattamento di numerose patologie, come quelle che affliggono il sistema gastrointestinale e respiratorio, degli adulti e dei bambini. Anche i derivati del colostro bovino sono stati utilizzati per il trattamento di alcune patologie, per esempio, l'artrite reumatoide. Alcuni studi hanno dimostrato che sia la popolazione pediatrica, sia quella sportiva possono riscontrare benefici dall'utilizzo del colostro, proprio perché può potenziare il sistema immunitario, digestivo e ormonale, nonché migliorare le prestazioni fisiche.

► **Ginecologia**

Tre studi riguardavano l'applicazione topica di prodotti a base di colostro in diverse affezioni uro-ginecologiche, dove sono emerse evidenze di efficacia nel contrastare i segni e sintomi dovuti alla secchezza vaginale, con miglioramento della funzione sessuale e della soddisfazione delle pazienti.

### ► Ambito sportivo

Alcuni studi suggeriscono un beneficio nel controllo delle infezioni/infiammazioni del tratto respiratorio superiore a cui sono soggetti molti sportivi. Gli sportivi che assumevano colostro presentavano una carica microbica orale mediamente inferiore a chi assumeva placebo e sviluppava mediamente meno infezioni. Alcuni trial hanno mostrato risultati incoraggianti sul miglioramento della performance della parete intestinale, tuttavia, sono necessari altri studi.

### ► Pediatria e geriatria

Vi sono risultati interessanti sul controllo della diarrea e delle affezioni delle vie respiratorie alte; ma l'eterogeneità dei setting di sperimentazione e alcuni risultati sulla sicurezza in soggetti molto fragili, suggeriscono molta cautela circa il suo utilizzo. Un solo studio ha valutato l'efficacia del colostro nella popolazione anziana fisicamente attiva, con risultati incoraggianti sul miglioramento della forza degli arti inferiori e sul riassorbimento osseo.

### ► Ricerca futura

Malgrado siano chiare le molteplici potenzialità per l'utilizzo del colostro bovino, solo alcuni benefici sono stati adeguatamente studiati. Il colostro bovino sembra promuovere una serie di eventi positivi, tra cui la capacità di modulare la risposta immunitaria locale e sistemica, e alcuni benefici generici sull'omeostasi delle prime vie respiratorie e sulla parete intestinale.



## Dieta mediterranea nella disfunzione erettile

*Migliora la funzione sessuale e livelli di testosterone più elevati in maschi ipertesi di mezza età*

■ Tra i molti benefici della dieta mediterranea, si aggiunge il miglioramento della funzione sessuale in maschi ipertesi di mezza età, grazie al ripristino di una corretta funzionalità vascolare. Questo quanto emerge da uno studio presentato al congresso della Società europea di cardiologia 2021.

Lo studio ha coinvolto 250 uomini (età media 56 anni) con ipertensione e disfunzione erettile.



Tramite questionario e punteggio correlato è stata valutata l'adesione a un modello di dieta mediterranea, mentre le capacità di performance fisica sono state valutate tramite test al tapis roulant. In aggiunta, sono state effettuate misurazioni dei livelli ematici di testosterone e, tramite ecocardiogramma, si è valutata la cosiddetta riserva di flusso coronarico.

I ricercatori hanno poi effettuato esami di verifica della rigidità arteriosa mentre la gravità della disfunzione erettile è stata valutata utilizzando il Sexual health inventory for men (Shim) test: cinque domande correlate a punteggio da 0 a 25, con valori più alti legati a migliori prestazioni erettile.

I risultati rivelano che chi si atteneva maggiormente a una dieta mediterranea, aveva anche una riserva di flusso coronarico e testosterone più elevati, migliori prestazioni erettile e minore rigidità arteriosa.

In relazione alla forma fisica, chi mostrava maggiore capacità di esercizio presentava una maggiore riserva di flusso coronarico, livelli più alti di testosterone, maggiore adesione alla dieta mediterranea, valori più alti di Shim e più bassi rispetto ai parametri correlati a rigidità arteriosa.

### ► Conclusioni

L'adesione a una dieta di tipo mediterraneo è risultata correlata a migliore capacità di esercizio fisico, arterie più sane, livelli di testosterone più elevati e migliori prestazioni erettili. Sebbene non siano stati esaminati i meccanismi eziopatogenetici alla base dei risultati, sembra plausibile che tale modello dietetico possa mi-

gliorare la forma fisica e le prestazioni erettili favorendo la funzione dei vasi sanguigni e frenando la caduta del testosterone. La dieta mediterranea potrebbe dunque svolgere un ruolo nel mantenimento di diversi parametri di salute vascolare e qualità della vita in generale e negli uomini di mezza età con ipertensione e disfunzione erettile nello specifico.

## Selenio e manganese in gravidanza

*Uno studio ha valutato gli effetti cardioprotettivi sul nascituro di questi oligoelementi*

■ Il rischio di sviluppare ipertensione potrebbe essere collegato all'esposizione del feto in gravidanza a metalli pesanti, a sua volta mitigato dalla presenza di adeguati livelli di oligoelementi quali manganese e selenio. Uno studio ha verificato la correlazione tra livelli ematici nelle madri in gravidanza di cadmio, piombo, mercurio selenio e manganese, e valori pressori dei figli valutati sino all'età adolescenziale. Nell'analisi (*Environmental health perspectives 2021; 129:6*) i ricercatori hanno rilevato i livelli di metalli pesanti e oligoelementi nei globuli rossi materni raccolti 24-72 ore dopo il parto in quasi 1.200 donne che hanno partorito tra il 2002 e il 2013. Al dato, si è aggiunto quello delle valutazioni periodiche della PA nei figli, a partire dal terzo e sino al 15° anno di età.

Non è emersa una correlazione diretta tra livelli di piombo, mercurio e cadmio e pressione sanguigna infantile. Tuttavia, i ricercatori hanno potuto osservare uno stretto legame tra livelli di selenio e manganese nel sangue materno al momento del parto e valori più bassi di PAS nella prole durante l'infanzia: a ogni raddoppio dei livelli di esposizione, i valori di sistolica diminuivano di 6,2 e 2,62 punti, rispettivamente, per selenio e manganese.

I ricercatori hanno anche osservato che quando i valori di cadmio nel sangue materno erano più elevati, la relazione inversa tra manganese e PA risultava ancora più marcata: il manganese sembra proteggere dagli effetti ipertensivi del cadmio, nascondendone la pericolosità.

Gli Autori ricordano che l'esposizione al cadmio non necessariamente avviene solo in ambienti professionali. Il fumo di sigaretta, per esempio, è una delle fonti principali, tanto che proprio la loro ricerca evidenzia un effetto antipertensivo del manganese più marcato nelle donne che avevano fumato durante la gravidanza.

In conclusione, il lavoro mette in evidenza l'importanza della nutrizione e dell'esposizione a fattori ambientali durante la gravidanza per la salute cardiovascolare del bambino. Ulteriori ricerche e conferme in questa direzione potrebbero portare alla stesura di nuove linee guida nutrizionali aggiornate e normative ambientali più adatte per interventi di profilassi.



**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](http://www.nutrientisupplementi.it) • [info@nutrientisupplementi.it](mailto:info@nutrientisupplementi.it)