

# M.D.



M E D I C I N A E   D O C T O R

Anno XXX, numero 6 - 2023

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

## IN QUESTO NUMERO

RIFLETTORI 9

**Osservazioni  
sul Piano Nazionale  
di Prevenzione Vaccinale**

CONTRAPPUNTO 12

**Nella relazione tra medico  
di famiglia e paziente  
la rete non sempre aiuta**

FARMACI 26

**Insulina: il passato,  
il presente e il futuro  
della terapia del diabete**

MANAGEMENT 29

**Disfagia nell'anziano,  
serve una gestione adeguata  
e multidisciplinare**



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



**Ovidio Brignoli**

*Mmg, Vice-Presidente nazionale Simg*

**Aderenza terapeutica  
sfida per la medicina generale**



## M.D. Medicinae Doctor

Anno XXX numero 6 settembre 2023

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

### Direttore Editoriale

Dario Passoni

### Direttore Responsabile

Nicola Miglino

### Comitato di Consulenza di M.D.

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

### Redazione

Anna Sgritto (Caposervizio)  
Livia Tonti  
Elisabetta Torretta

### Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

### Pubblicità

Giancarlo Confalonieri  
Luana De Stefano  
Sara Simone

### Passoni Editore s.r.l.

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

### Amministratore unico

Dario Passoni

Costo di una copia: 0,25 €

A norma dell'art. 74 lett. C del DPR 26/10/72  
n° 633 e del DPR 28/12/72  
il pagamento dell'IVA è compreso  
nel prezzo di vendita

Stampa: Tiber SpA - Brescia

# In questo numero

## ATTUALITÀ

- **Prima pagina**  
Mmg, dipendenza o convenzione? Il fuoco sotto la cenere ..... 5
- **Intervista**  
Aderenza terapeutica in medicina generale: al centro la relazione col paziente ..... 6
- **Riflettori**  
Osservazioni sul Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale ..... 9
- **Contrappunto**  
Nella relazione tra medico di famiglia e paziente la rete non sempre aiuta ..... 12
- **Note stonate**  
Cambio di paradigma per i Mmg: se gli organi di garanzia si schierano ..... 16
- **Proposta**  
Salute e ambiente in una popolazione rurale: ipotesi di uno studio osservazionale ..... 18
- **Tribuna**  
Il bombardamento continuo sulla medicina generale ..... 20

## AGGIORNAMENTI

- **Cardiologia**  
Diagnosi e terapia dello scompenso: update dall'Esc ..... 22
- **Epidemiologia**  
Tracciate in Europa le malattie correlate all'epatite B e C ..... 23
- **Neurologia**  
Così l'attività fisica protegge dalla malattia di Parkinson ..... 24
- **Urologia**  
Screening del tumore prostatico: quando integrare Psa e RM? ..... 25

## CLINICA E TERAPIA

- **Farmaci**  
Insulina: il passato, il presente e il futuro della terapia del diabete ..... 26
- **Management**  
Disfagia nell'anziano, serve una gestione adeguata e multidisciplinare ..... 29
- **Pratica medica**  
Malattia renale cronica tra complicanze e nuovi approcci terapeutici ..... 32
- **Clinica**  
Il fotografo che cattura le emozioni di chi ridona vita ..... 34
- **Linee guida**  
Aggiornate le linee guida ESH per l'ipertensione arteriosa ..... 42
- **Rassegna da Nutrienti e Supplementi** ..... 43

# Mmg, dipendenza o convenzione? Il fuoco sotto la cenere

■ Anna Sgritto

**N**on pensavamo di suscitare tanta attenzione quando abbiamo pubblicato sulla nostra rivista settimanale *M.D. Digital* l'articolo a firma del dottor **Antonio Infantino** Vice Presidente della SIICP dal titolo: *Quale futuro per i Mmg? La posta in gioco è altissima*.

L'autore ha espresso il proprio punto di vista personale su un argomento divisivo come la dipendenza e il riconoscimento di un ruolo dirigenziale per i medici del territorio. Argomenti su cui ha ribadito la necessità di un dibattito senza pregiudizi che coinvolga non solo i sindacati, ma anche quella base 'silenziosa' che non rifiuta a priori tali possibilità. Dalle interazioni avute sulla nostra pagina *LinkedIn*, dobbiamo dedurre che questa 'base' ha deciso di non essere più tanto silenziosa e di venire allo scoperto, mostrando tutto il proprio disagio professionale e chiedendo di aprire una riflessione che porti o a un cambiamento importante della convenzione attuale o alla dipendenza, sostenendo che è *"sacrosanto ripensare alla collocazione giuridica del Mmg nel Ssn, e per certi versi è indispensabile riaffermare il dominio della disciplina attraverso il riconoscimento accademico della Specializzazione in Medicina Generale"*.

**Le motivazioni?** *"La convenzione come è diventata oggi ha sempre più le caratteristiche di una dipendenza mascherata senza però le garanzie riservate ai dipendenti". "I medici di medicina generale da tempo sono ostaggio dei cittadini, segretari degli specialisti e oggetto di vessazioni da parte dei dirigenti con stipendi assolutamente inadeguati per i Mmg virtuosi". Non è un caso se i concorsi per la MG vanno deserti, "non abbiamo nessuna tutela professionale, nessun riconoscimento di merito tanto che ad essere premiati sono spesso i furbi, quelli che negligerentemente svolgono il ruolo di produttori di ricette"*.

E c'è chi sottolinea che: *"Perdere l'opportunità di un cambio di passo nell'organizzazione del sistema territoriale e della valorizzazione e riqualificazione dei medici di medicina generale e del territorio... potrebbe decretare la fine dell'assistenza primaria"*.

Ma c'è chi difende l'attuale ruolo giuridico dei Mmg quale fattore dirimente della loro libertà e indipendenza professionale: *"L'indipendenza del Mmg è la garanzia per il cittadino di avere un medico che non opera a comando di un'azienda! Tutti i dati dicono che nonostante un miserrimo 6,9% del Pil speso in sanità abbiamo determinanti di salute tra i migliori al mondo. Vorrà pur dire qualcosa?"*. Motivo per cui la dipendenza e il riconoscimento di un ruolo dirigenziale per i medici del territorio *"sono finalizzate a eliminare l'unica figura di garanzia indipendente del sistema pubblico"*.

A tale riguardo va poi ricordato quanto asserito dal segretario generale della Fimmg. *"Se dovesse passare questo progetto smetto di fare il medico. È una mia posizione personale. Non capisco come si possa conciliare una autonomia professionale medica con un ruolo subordinato"*.

Questo è il clima di cui prendiamo atto e che non è certo foriero di un confronto sereno. In gioco però, ricordiamo, c'è la fine del servizio pubblico ed universale perché i medici di medicina generale sono ancora, nel bene e nel male, il *front office* della sanità pubblica nei confronti dei cittadini.

# Aderenza terapeutica in medicina generale: al centro la relazione col paziente

La questione dell'aderenza terapeutica nelle cronicità è cruciale sia per la salute del paziente che per l'erario dello Stato. Abbiamo chiesto a Ovidio Brignoli, vice-presidente Simg, di illustrarci il punto di vista del Mmg, le osservazioni e le possibili strategie per migliorare la situazione

Livia Tonti

Il tema dell'aderenza terapeutica è stato di recente riportato alla ribalta da una survey dell'Anmar (Associazione Nazionale Malati Reumatici), che ha mostrato come più di un terzo delle persone con malattie croniche dichiarari di non aderire correttamente alle terapie prescritte dal medico curante. Abbiamo colto questo spunto per chiedere il punto di vista dei Mmg su questo argomento, e a questo scopo abbiamo interpellato **Ovidio Brignoli**, vice-presidente della Simg, che nel rispondere alle nostre domande ci ha offerto una panoramica su questa tematica in Medicina Generale, su cosa osservano i Mmg dal loro punto di vista e quali potrebbero essere alcune strategie per migliorare la situazione.



**Dottor Brignoli, anche nella vostra esperienza di Mmg potete riscontrare il fenomeno della scarsa aderenza alle terapie prescritte? E con quali caratteristiche?**

“Eh sì, è un fenomeno che conosciamo bene e che, per alcuni aspetti specifici, abbiamo anche studiato nel dettaglio.

L'Anmar parla di 1/3 dei pazienti, e noi sappiamo con certezza che in ambito respiratorio, per esempio, per quel che riguarda la bronchite cronica, a un anno di distanza dall'inizio terapia abbiamo addirittura solo il 13% di aderenza, che vuol dire che 87 pazienti su 100 smettono la terapia entro un anno. Abbiamo dati molto solidi in tema di ipertensione, di malattie cardiovascolari e di dislipidemia, dove sicuramente la situazione va meglio. Praticamente abbiamo sostanzialmente una persona su due non

aderente e non persistente al trattamento.

È un tema assolutamente importante innanzitutto per i pazienti: smettere una terapia cronica significa quasi sempre esporsi a un rischio di ricaduta della malattia, e qualche volta anche a un rischio di eventi gravi associati alla malattia stessa. Se noi smettiamo la terapia per lungo tempo per una dislipidemia, per esempio, il rischio di avere un evento cardiovascolare o cerebrovascolare aumenta in maniera significativa. Il discorso vale anche per chi cessa una terapia di natura respiratoria, perché le performance senza terapia sono decisamente peggiori rispetto a quelle di chi assume la terapia, con un danno soggettivo, per il paziente, ma anche oggettivo, per l'erario dello Stato, perché cessare una terapia vuol dire vanificare il costo dei farmaci che vengono assunti in maniera non propria. Come si dice: “i farmaci non funzionano, soprattutto se non li prendi”.



**Sempre la ricerca Anmar enumera tra i principali motivi di scarsa aderenza la dimenticanza e la paura di eventi avversi: rispecchia quello che notate anche nella vostra esperienza? Ci sono altri motivi che vi vengono riportati?**

“Il primo motivo di scarsa aderenza che di solito rileviamo è la **politerapia**. Quando uno comincia ad avere 5, 6, 7 farmaci diversi al giorno, che significa spesso avere 10, 12, 14, fino a 20 assunzioni giornaliere, si stufa, non è che si dimentica, dice: “non vivo più.. non è vita questa”. E questo ci sta, credo sia un problema noto, tanto che da anni le multinazionali stanno cercando di mettere insieme in una sola pillola più farmaci, ad esempio in tema



### Ovidio Brignoli

*Medico di famiglia dal 1980, è stato segretario provinciale della Fimmg a Brescia dal 1995 al 1998 e poi segretario regionale negli anni 1996-1997. Dal 1988 al 1991 è stato coordinatore responsabile della Simg Lombardia e dal 1998 ricopre la carica di Vice-Presidente nazionale. Dal 1990 al 1992 e dal 1999 a oggi è consigliere dell'Ordine dei Medici di Brescia.*

di ipertensione e di diabete, mentre è già stato fatto per l'Hiv.

Il secondo tema è la **dimenticanza**, di sicuro una questione da considerare.

C'è un terzo aspetto, molto interessante, che riguarda il fatto di dover **assumere farmaci per patologie che non danno disturbi**. Per esempio i sintomi della pressione alta praticamente non esistono, o meglio esistono ma se la pressione ha già combinato qualche danno, quindi diventa facile, in questo caso, dire: ma perché devo assumere la terapia, visto che non ho nessun disturbo?

Ancora in coda, c'è il motivo del **costo**. Non tutte le patologie sono esenti da ticket, alcune costringono i pazienti ad assumere farmaci costosi, quindi se sono una persona anziana, che ha la pensione minima, di 600 € al mese, e devo spenderne 30 in farmaci, questo incide significativamente sulla mia situazione di vita e quindi riduco i farmaci più costosi. Poi ci sono gli aspetti legati agli **eventi avversi** e all'**interazione farmacologica**. Si tratta di 6 o 7 tematiche: abbastanza per capire che i motivi della mancata aderenza e persistenza sono numerosi ”.



### Quali sono i farmaci a maggior rischio di "dimenticanza"?

“ Ci sono alcune categorie di farmaci che i pazienti non amano e sono quelli che prenderli o non prenderli per loro non dà nessuna differenza. Se io ho la febbre e prendo la tachipirina la febbre mi passa, e quindi è difficile che se uno dice al paziente “prendi la tachipirina tre volte al giorno”, lui non la prenda, perché ha un beneficio immediato: sulle malattie acute il paziente si dimentica poco. Sulle malattie croniche che non danno sintomi, il paziente ha qualche ragionevole problema. Le dislipidemie sono un classico esempio di questo, difatti le statine per anni sono state uno degli elementi centrali della mancata aderenza terapeutica. A questi si aggiungono i farmaci che danno disturbi, quelli per patologie che non hanno creato nella testa del paziente un rischio e pericolo e anche quelli di difficile uso ”.



### Come monitorare l'aderenza terapeutica da parte del Mmg?

“ Da quando sono arrivati i sistemi elettronici, e quindi le schede sanitarie in medicina generale, è abbastanza semplice monitorare la terapia. Quindi la risposta a questa domanda è: tutti i Mmg che usano un sistema informatico hanno la possibilità di valutare, in tema di patologie croniche, se il paziente ha ancora farmaci a casa, se li sta finendo o li ha finiti. Questo non è un problema, ma lo è nel momento in cui il medico, per esempio, faccia fare le ricette o le faccia in assenza di paziente, cosa che può succedere. Voglio dire: quando per es. il paziente telefona in studio e dice alla segretaria che ha finito il farmaco, o addirittura, come fanno alcuni, mandano un Whatsapp o un messaggio o una mail al medico, quest'ultimo ha lo stesso contezza se lui ha finito le pastiglie, ma non vedendo il paziente diventa difficile costruire un percorso di aderenza e di persistenza alla terapia, di eventuale modifica e di spiegazione. Quindi il tema è: gli strumenti ci sono, è facile farlo, però bisogna costruire una relazione. È meno difficile di una volta, ma impegna tempo e risorse da parte del paziente e del medico. Io appartengo alla categoria di persone che ritengono che i pazienti cronici debbano comunque essere visti con una certa periodicità che decide il medico. La patologia non sta ferma, anche se è cronica e controllata, quindi c'è la necessità che, all'atto della prescrizione o dalla riprescrizione, il medico guardando negli occhi il paziente, magari anche visitandolo, capisca se va tutto

bene o no. Le patologie croniche hanno bisogno di un contatto continuo fisico fra medico e paziente ”.



### **Cosa si può fare per aiutare i vostri pazienti a seguire meglio le prescrizioni?**

“ Ci sono alcune cose molto pratiche. Quando il medico eroga o riprescrive una terapia a un paziente cronico dovrebbe avere tempo per spiegargli che cosa fa ogni singolo farmaco e come va assunto, spiegandolo in maniera che il paziente capisca, e verificare che abbia capito. Il secondo problema è che per ogni singolo farmaco andrebbero segnalate la posologia in maniera corretta e le modalità di assunzione, scrivendole su un foglietto poi consegnato al paziente, dopo averlo guardato insieme. La terza questione riguarda il poter stabilire una connessione con i farmacisti. Il medico e il farmacista sono infatti le persone più vicine alla terapia del paziente. Un altro aspetto potrebbe essere la presenza di un’infermiera all’interno dello studio dei Mmg, che permetterebbe di affidare a questa figura l’educazione sanitaria sull’uso corretto dei farmaci, senza ulteriore investimento di tempo del medico su questa pur importante questione ”.



### **A suo avviso possono le istituzioni da una parte e le associazioni di pazienti dall’altra aiutare a creare le condizioni per favorire una migliore aderenza terapeutica? E in che modo?**

“ Sì, certo, facendo cultura, e relazionandosi con gli operatori sanitari, ma il grosso carico è su questi ultimi. Le associazioni hanno quasi sempre fatto ottimamente il loro compito, educativo e informativo, in collaborazione con gli specialisti e con i Mmg. Queste hanno la forza e la capacità di fare riunioni per spiegare ai malati che cosa significa assumere alcuni tipi di farmaci, come funzionano, perché bisogna rispettare i tempi, ecc. Potrebbero educare i pazienti al corretto uso dei farmaci in una patologia cronica. Lo stesso discorso si potrebbe fare salendo di grado con campagne ministeriali, soprattutto per farmaci costosi. Va aggiunto inoltre che talvolta i limiti posti dall’ente regolatorio sono devastanti. Faccio un esempio: non posso scrivere la triplice per il paziente con BPCO perché lo deve fare lo specialista. Però posso scrivere la duplice, più il cortisone, cioè sempre la triplice ma che costa molto di più. Inoltre, sarà più aderente uno che fa un puff al mattino e alla sera con una triplice o uno che ne deve fare quattro perché ha due device diversi? ”.



### **Il Manifesto per l’aderenza alla terapia farmacologica, redatto qualche anno fa, poneva l’accento sulla relazione medico paziente: quanto conta a suo avviso questo aspetto, e in che cosa consiste nel concreto? Quali difficoltà esistono per implementarlo nella pratica quotidiana?**

“ Sono assolutamente d’accordo col Manifesto; peraltro io mi riferivo anche a quello, quando ho fatto le mie affermazioni precedenti. Che cosa bisogna fare? Questo in qualche modo l’abbiamo detto: è compito del medico quello di accompagnare il paziente nella corretta assunzione del farmaco, spiegandogliela e utilizzando strumenti che aiutino a memorizzare. Questo lavoro andrebbe integrato con la collaborazione dei farmacisti e del personale infermieristico, in termini di educazione all’uso corretto dei farmaci. I pazienti cronici sono tanti, ma non sono infiniti, quindi potremmo fare un buon lavoro se il medico fa esattamente quello che deve fare, oppure potremmo anche usare strumenti che piacciono molto ai sindacalisti: ti do 1 € per ogni piano che mi scrivi e che consegni al paziente. Però servono risorse e serve tempo ”.



### **Le nuove tecnologie quanto possono influire sull’aderenza terapeutica? E in che modo?**

“ Questo è un tema spinosissimo, perché siamo tutti convinti che una maglietta che misura frequenza, temperatura, battito cardiaco, peso, altezza, sudorazione, risolve i problemi delle persone, ma in realtà questo ci dà solo qualche dato in più: i problemi delle persone si risolvono vedendo le persone. La Ict [Information and Communications Technology, ndr] facilita alcune questioni, ma qualche volta le complica. Se io dovessi dare libero sfogo ai pazienti dicendo loro: scrivetemi su Facebook, su Whatsapp, sulla mail e sugli Sms del telefono, passerei tutta la mia giornata a leggere quello che mi scrivono. La tecnologia è quindi un vantaggio o uno svantaggio? Bisogna capire: questi strumenti ci sono, ma vanno usati correttamente. Mentre può essere utile un’App che mi ricorda quando devo assumere il farmaco, avere montagne di dati è interessante, ma che mi serve? Quali sono i pazienti che hanno veramente bisogno di un monitoraggio continuo? La tecnologia ci può far fare passi da gigante, però deve essere usata correttamente. Io la guardo con l’occhio del vecchio clinico e la uso per quello che mi serve. Per cui benissimo la tecnologia, ma benissimo anche a tutte le regole che devono essere messe in campo perché questa venga usata correttamente, sennò diventa una devastazione ”.

# Osservazioni sul Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale

Il PNPV 2023-2025, approvato di recente dalla Conferenza Stato-Regioni, dà particolare importanza alla formazione in vaccinologia di tutti gli operatori coinvolti nelle campagne di vaccinazione affinché siano in grado di dare ai cittadini le risposte necessarie per abbattere il muro di “incertezza e diffidenza” che viene creato dall’attuale fenomeno infodemico

**Giuseppe Maso**

*Prof. di Medicina di Famiglia. Facoltà di Medicina e Chirurgia. Università di Udine  
Past President SIICP*

**È** recente l’approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025.

In questo articolo sintetizzerò le principali indicazioni in esso contenute. Tuttavia, prima di iniziare l’analisi del documento appena pubblicato, tengo particolarmente ad evidenziare l’importanza che nel nuovo PNPV viene data alla formazione e alla informazione che da essa non può prescindere.

Questo è in linea con la necessità, da sempre conosciuta ma brutalmente palesata con la pandemia, di una implementazione della formazione in vaccinologia di tutti gli operatori coinvolti nelle campagne di vaccinazione affinché siano in grado di dare ai cittadini le risposte necessarie per abbattere il muro di “incertezza e diffidenza” che viene creato dall’attuale fenomeno infodemico. È necessario anche implementare la formazione nell’ambito della comunicazione efficace.

L’ampia e incontrollata circolazione di notizie, spesso volte a colpire l’ambito emotivo della “paura” apre ad un nuovo bisogno formativo vista la necessità di sviluppare tecni-

che empatiche.

La vaccinazione, che apparentemente si risolve semplicemente nell’atto della “puntura”, è sempre preceduta da una attività di *counseling* ad opera dei medici curanti che, come tutte le cose fondamentali della vita, viene spesso sottovalutata se non ignorata. È fondamentale invece valorizzare questa importantissima fase, sia per consolidare la fiducia dei cittadini che abbiano già una innata propensione alla protezione vaccinale sia per offrire una scelta competente e consapevole ai cittadini più incerti. L’impegno delle società scientifiche non può prescindere da questi obiettivi.

## ► Analisi del Documento

Passando all’analisi del documento pubblicato, devo ammettere di averne molto apprezzato l’incipit che afferma che, secondo il nostro ordinamento, lo Stato ha il dovere di garantire la tutela della salute di tutti i cittadini, sia assistendo l’individuo malato che necessita di cure, sia salvaguardando l’individuo sano. L’Art. 32 della Costituzione sancisce infatti che “*la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto*

*dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*”.

Di seguito una breve sintesi di quelli che ritengo i principali contenuti:

**1.** Vaccinando possiamo: ERADICARE una determinata infezione, oppure ELIMINARE una infezione da una data area oppure CONTROLLARE l’infezione per cui può essere raggiunto un livello accettabile di riduzione di morbosità e mortalità.

**2.** Il Piano Europeo richiede che i singoli Stati Membri si impegnino per il raggiungimento di obiettivi nazionali allineati a quelli regionali e globali.

**3.** L’agenda dell’OMS sull’immunizzazione 2030 rappresenta la nuova strategia globale per non lasciare nessuno indietro, aumentando l’accesso equo e l’uso dei vaccini, esistenti e di nuova generazione, durante tutto il corso della vita.

Il Piano Nazionale della Prevenzione è stato articolato su tre livelli: centrale (per la definizione di principi e strategie), regionale (per le attività di programmazione) e locale (per la realizzazione degli interventi) ed individua azioni che devono essere attuate su tutto il territorio. In tale contesto è necessario un at-

tivo coinvolgimento dei Mmg e PLS, figure chiave per favorire l'alfabetizzazione sanitaria e la responsabilizzazione ed emancipazione dei cittadini.

Il Comitato Nazionale di Bioetica ritiene urgente richiamare l'attenzione della società italiana sul valore di un'assunzione di responsabilità personale e sociale e invita il Governo, le Regioni e le Istituzioni competenti, a moltiplicare gli sforzi perché le vaccinazioni, sia obbligatorie sia raccomandate, raggiungano una copertura appropriata. In particolare, è necessario mobilitare

i medici e le strutture sanitarie del territorio e promuovere efficaci campagne d'informazione, comunicazione ed educazione finalizzate a illustrare l'importanza delle vaccinazioni a livello individuale e collettivo e a richiamare i cittadini a scelte consapevoli e fondate su evidenze scientifiche nel proprio stesso interesse.

► **Esiti**

Le coperture vaccinali sono uno degli indicatori più importanti per verificare l'esito della strategia vaccinale e la sua implementazione. I

dati sono raccolti e pubblicati annualmente dal Ministero della salute. I dati mostrano un allarmante trend in diminuzione fino al 2016. L'anno 2021 ha mostrato un generale miglioramento delle coperture per gran parte delle vaccinazioni raccomandate nei primi anni di età, rispetto al 2020. Tuttavia, le coperture per polio e per morbillo, a 24 mesi, non raggiungono il valore del 95%. Anche le coperture relative alla vaccinazione HPV sono in generale miglioramento rispetto all'anno precedente, seppur ben al di sotto dei target primari.

### Calendario Nazionale Vaccinale per età

	2 mesi	3 mesi	4 mesi	5 mesi	6 mesi	10 mesi	12 mesi	13/14 mesi
Esavalente: Difterite, Tetano, Pertosse, Poliomielite, Epatite B, Haemophilus influenzae di tipo b (DTaP-IPV-HBV-Hib)								
Rotavirus (RV)	1	1	1	1				
Pneumococco coniugato (PCV)								
Meningococco B (MenB)	3	3	3	3				
Morbillo, Parotite, Rosolia, Varicella (MMRV o MMR+V)							4	
Meningococco ACWY (MenACWY)							5	
Difterite, Tetano, Pertosse, Poliomielite (DTaP-IPV/dTap-IPV)								
Papillomavirus (HPV)								
Difterite, Tetano, Pertosse adulto (dTaP)								
Influenza (FLU)					10	10	10	10
Herpes Zoster (HZV)								

☐ Vaccinazione raccomandata per età

*I mesi e gli anni di vita si intendono compiuti. Esempi: la prima dose DTaP-IPV-HBV-Hib può essere offerta a partire da 2 mesi compiuti, ovvero a partire dal 61° giorno di vita; la dose di richiamo DTaP-IPV-HBV-Hib a 10 mesi, ovvero a partire dal 301° giorno di vita, ecc.*

- RV: Ciclo vaccinale a 2 o 3 dosi in base al vaccino utilizzato, a partire dalla 6<sup>a</sup> settimana di vita e da completarsi entro le 24 o 32 settimane di vita a seconda del prodotto utilizzato
- PCV: una sola dose ogni anno almeno a partire dalla coorte dei 65enni. L'offerta va eventualmente integrata con schedula sequenziale (PCV+PPSV) in funzione della tipologia di vaccino PCV utilizzato.
- MenB: la vaccinazione può essere iniziata non prima dei 2 mesi di età. La schedula indicata prevede comunque la seconda dose a non meno di due mesi dalla prima e la dose di richiamo ad almeno 6 mesi di distanza dalla serie primaria.
- Prima dose a 12 mesi compiuti. I bambini che hanno ricevuto una dose di vaccino MMR prima del loro primo compleanno devono ricevere altre due dosi (una dose a 12-15 mesi di età e un'altra dose separata da almeno 28 giorni).
- MenACWY: ad almeno 12 mesi compiuti.
- È possibile utilizzare dai 4 anni anche la formulazione tipo adulto (dTaP), a condizione che i genitori siano adeguatamente informati dell'importanza del richiamo all'adolescenza e che siano garantite elevate coperture vaccinali in età adolescenziale.



Le autorità regolatorie approvano un vaccino solo se i suoi benefici superano di gran lunga i potenziali rischi e se soddisfano elevati standard di qualità di fabbricazione.

### ► Il Piano in sintesi

Il Piano nazionale prevenzione vaccinale 2023-2025 prevede:

- mantenere lo status polio-free;
- raggiungere e mantenere l'eliminazione di morbillo e rosolia;
- rafforzare la prevenzione delle malattie HPV correlate, raggiungere e mantenere le coperture vaccinali target strutturando reti e imple-

mentando percorsi di prevenzione vaccinale;

- promuovere interventi vaccinali nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente;
- ridurre le disuguaglianze e prevedere azioni per i gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e/o con bassa copertura vaccinale;
- completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionali e mettere a regime l'anagrafe vaccinale nazionale;
- migliorare la sorveglianza delle

malattie prevenibili da vaccino;

- rafforzare la comunicazione in campo vaccinale;
- promuovere nei professionisti sanitari la cultura delle vaccinazioni e la formazione in vaccinologia.

La copertura vaccinale è garantita dal lavoro sinergico dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e i medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta.

Tale sinergia si è ancor più consolidata nell'ambito della campagna vaccinale per l'emergenza Covid-19, durante la quale sono stati coinvolti ulteriori attori (es. medici specialisti di altre branche, medici competenti), attivati gli hub vaccinali, rafforzata l'offerta vaccinale in ambito ospedaliero e individuati contesti nuovi di erogazione come le farmacie.

Alla luce dei nuovi LEA che garantiscono la gratuità delle vaccinazioni per i soggetti a rischio di tutte le età previste, è auspicabile valutare il mantenimento e il potenziamento di questi nuovi percorsi per l'offerta vaccinale individuale sulla base delle specifiche condizioni di rischio anche includendo un calendario vaccinale dedicato nei PDTA (diabete, cardiopatie, BPCO, insufficienza epatica, insufficienza renale, malattie autoimmuni, ematologiche, oncologiche, nonché in determinate condizioni di rischio di natura professionale).

### ► Anagrafe Vaccinale Nazionale

Necessario dare piena attuazione all'Anagrafe Vaccinale Nazionale. Una delle principali novità introdotte con il nuovo PNPV è la predisposizione del Calendario vaccinale come documento distinto e, pertanto, facilmente aggiornabile in base ai futuri scenari epidemiologici, alle evidenze scientifiche e alle innovazioni in campo biomedico.

5 anni	6 anni	11 anni	12-18 anni	19-59 anni	50-64 anni	60 anni	65 anni	66 anni e più
							2	2
6			7					
		8						
				9	9	9	9	9
10	10					11	11	11
							12	12

7. Utilizzare la formulazione per adulto dTpa.

8. HPV: 2 o 3 dosi in base all'età. La vaccinazione di recupero (catch up), è raccomandata per le donne almeno fino a 26 anni compiuti anche utilizzando l'occasione opportuna della chiamata al primo screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero, e per gli uomini almeno fino a 18 anni compresi, qualora non siano stati precedentemente vaccinati o non abbiano completato il ciclo vaccinale.

9. dTpa: 1 dose ogni 10 anni.

10,11 FLU: si vedano le raccomandazioni fornite annualmente con circolare del Ministero della Salute.

12 HZV: il vaccino a virus vivo attenuato ZVL è somministrato in singola dose; il vaccino ricombinante adiuvato (RZV) è somministrato in due dosi a distanza di due mesi, e non più di sei (da 1 a 2 mesi nei soggetti che sono o che potrebbero diventare immunodeficienti o immunodepressi a causa di malattia o terapia). Offrire la vaccinazione prioritariamente ai soggetti a rischio a partire dai 18 anni di età e ogni anno alla coorte dei 65enni.

# Nella relazione tra medico di famiglia e paziente la rete non sempre aiuta

Durante la pandemia e ancora oggi i Mmg hanno visto aumentare il conflitto con i propri pazienti che spesso esita in atti formali scritti minacciosi o offensivi attraverso email e WhatsApp. Un fenomeno che ha portato all'aumento delle ricusazioni non solo da parte dei pazienti, ma anche dei medici di famiglia, evento finora raro

**N**egli ultimi tempi, soprattutto nel periodo Covid, ma anche post Covid, sono aumentate particolari e forti diatribe tra Mmg e pazienti, che, o si lamentano platealmente o attaccano verbalmente i Mmg, sino a giungere ad atti formali scritti, spesso minacciosi o offensivi attraverso email e WhatsApp. Un fenomeno che ha esitato in un aumento delle ricusazioni non solo da parte dei pazienti, ma anche dei medici di medicina generale, evento finora raro. Sull'argomento, recentemente, la rivista *QQ "La qualità e le qualità in medicina generale"* vi ha dedicato un articolo che tra gli autori annovera la firma della dottoressa **Sonia Zenari**, vice-segretario della Fimmg di Verona a cui abbiamo chiesto di entrare nel merito della questione. "La ricusazione da parte nostra, - dichiara Zenari - rappresenta l'ultima spiaggia per arginare una conflittualità con il paziente che non riusciamo a gestire, un'ancora di salvataggio di fronte all'impossibilità di costruzione di una relazione 'sana' realmente funzionale con il nostro assistito. Interessati a tale problematica tra l'altro, non sono solo i medici *senior*, ma pure i colleghi giovani". "Nel periodo pandemico, la Medicina Generale ha assistito ad una esplosione di richieste che arrivavano e continuano ad

arrivare attraverso molteplici canali: mail, Sms, WhatsApp. E talvolta, questa immediata e rapida accessibilità che tali canali danno, viene confusa con la pretesa di poter avere un'immediata e rapida risposta". Paradossalmente, secondo Zenari, questa facilità ad accedere al proprio medico, in realtà costituirebbe una minaccia verso quel rapporto empatico che dovrebbe costituire il core della relazione tra Mmg e paziente". "Da parte di molti pazienti - sottolinea Zenari - c'è la pretesa che il rapporto con noi si esaurisca in una relazione virtuale. Ovvero che ogni tipo di richiesta trovi risposta senza passare attraverso il momento fondamentale del colloquio e della visita medica. A tale proposito bisogna considerare anche il fatto che l'accessibilità attraverso la modalità elettronica è fruibile prevalentemente dai nostri pazienti giovani mentre rimane, diciamo, misconosciuta a una proporzione di pazienti significativa, per esempio i pazienti anziani che non riescono ad accedere a certi canali di comunicazione perché non hanno dimestichezza".

## ► Disparità nel tempo di cura

E proprio i giovani pazienti sono quelli con cui i Mmg hanno le maggiori problematiche relazionali. I giovani in qualche modo, attraverso i

*social*, relegano ancora di più il medico di famiglia a un consulente, con cui non è il caso di avere contatti 'fisici', basta che scriva la ricetta, o che sia a loro disposizione. Per Zenari i giovani purtroppo hanno una mancata conoscenza del ruolo dei Mmg, non comprendono che è il *front office* non solo del Ssn, ma della diagnosi e cura, analizzando per primo un sintomo o suggerendo l'iter diagnostico da affrontare. Il fatto poi che i pazienti anziani e i cosiddetti *boomer* non riescano ad accedere facilmente a certi canali di comunicazione genera delle 'disparità' nell'accesso alla MG. Il Mmg, d'altro canto, vista la mole delle richieste da evadere via *social*, non riesce a dare il necessario 'tempo di cura' proprio agli assistiti che forse ne avrebbero più bisogno. "La capacità del paziente di poter utilizzare o meno questi mezzi - precisa Zenari - può diventare causa di maggior o minor distanza con il proprio medico di famiglia e essere anche un fattore scatenante di conflittualità".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Sonia Zenari

# Cambio di paradigma per i Mmg: se gli organi di garanzia si schierano

La FNOMCeO dovrebbe essere un “Arbiter super partes”, da qui nasce la mia perplessità sul netto schieramento del suo Presidente contro la dipendenza dei Mmg. Un argomento che invece avrebbe bisogno di un dibattito sereno che coinvolga tutta la categoria e senza pregiudizi di sorta

**Cecilia Ruggiero**

*Medico di medicina generale, Bitonto (BA)*

**H**o letto con qualche perplessità le dichiarazioni recentemente rilasciate dal nostro Presidente Anelli sul notiziario della FNOMCeO il 17 agosto u.s. La mia perplessità nasce *in primis* dal ritenere un po’ discutibile il netto schieramento del presidente contro la dipendenza dei Mmg, dato il ruolo istituzionale che riveste di *Arbiter super partes*. Sono certa di interpretare una nuova *forma mentis*, ancora in fieri, ma che sta emergendo con forza, tra tanti colleghi, già Mmg o in procinto di scegliere se la loro strada potrà essere una nuova medicina generale.

È sotto gli occhi di tutti che la medicina generale, pur avendo un ruolo centrale nella gestione delle problematiche del territorio, ha perso di attrattività per i giovani colleghi al punto che i bandi per i corsi di formazione specifica in medicina generale vanno praticamente deserti! Lo sa perfettamente il dott. Scotti, segretario nazionale della Fimmg, che dalle pagine di QS, invoca i giovani medici ad iscriversi al CFSGM, essendo stato prorogato al 30 settembre il termine ultimo di pre-

sentazione delle domande, vista la scarsa adesione, ormai cronica, dei neolaureati, promettendo loro un futuro roseo sotto il profilo economico e di prestigio sociale, cosa che a mio parere non corrisponde al vero, dal momento che vivo quotidianamente sulla mia pelle (ho la convenzione da oltre venti anni) la progressiva e inesorabile perdita di identità del nostro ruolo professionale.

## ► Una situazione drammatica

La drammaticità della situazione è ancora più evidente se consideriamo il pensionamento, a termine o addirittura anticipato, dei colleghi al punto che è tanto difficile quanto impossibile trovare altri Mmg che li possano rimpiazzare. Penso quindi che anche al presidente della FNOMCeO non sfugga che certamente il meccanismo di funzionamento della medicina generale convenzionata, tanto ambita al momento della sua istituzione oltre 40 anni fa, si sia logorato ed inceppato irreversibilmente! Del resto è fisiologico che ogni servizio pubblico vada periodicamente revisionato, riammodernato e adeguato ai tempi e ai cambiamenti

inevitabili del tessuto sociale e delle sue esigenze ed aspettative. Ciò premesso veniamo alle affermazioni del presidente **Filippo Anelli** che mi hanno spinto a queste riflessioni che vorrei condividere con lei, con i lettori di *M.D.*

In questo scenario di oggettiva perdita di appetibilità della nostra professione, (che ancora oggi ritengo essere la più nobile, in quanto più “prossima” al cittadino sofferente), Anelli invece di analizzare le ragioni di questa crisi vocazionale va a rimarcare che *la natura giuridica del rapporto di lavoro dei Mmg non è rilevante nel pregiudicare l’ingresso degli stessi all’interno delle costituende CdC.* (Case di Comunità)

Ebbene, penso invece che non solo sia necessario che i Mmg ci entrino da “dirigenti” ma trovo che questo sia indispensabile per sanare, una volta per tutte, quella dicotomia tra medici liberi professionisti convenzionati che gestiscono il territorio e medici dipendenti che gestiscono l’ospedale: dicotomia che oltre a creare una innaturale rivalità e conflittualità tra colleghi (cosa che non avrebbe ragion d’essere se il rapporto lavorativo fosse

ugualmente inquadrato e se il titolo di Mmg fosse acquisito con una regolare scuola di specializzazione) alimenta una insopportabile campagna denigratoria e calunniosa sulla nostra categoria, cui anche Anelli appartiene, che nell'immaginario collettivo viene ritenuta super-pagata a fronte di un impegno lavorativo minimo.

Dopo la terribile pandemia, cui la MG ha versato il tributo più alto in termini di vittime cadute sul lavoro, senza un adeguato e giusto riconoscimento, il nostro carico di lavoro è aumentato a dismisura, vedendolo impegnato quotidianamente con visite ambulatoriali, ben oltre le cinque ore giornaliere di apertura dello studio previste dall'ACN, con reperibilità telefonica, visite domiciliari da svolgere al di fuori dell'apertura dell'ambulatorio, attività distrettuale con partecipazione ad UVM (unità di valutazione multidisciplinare) per la presa in carico dei fragili che necessitano di assistenza domiciliare complessa. A ciò si aggiunga il *back office*, sempre in aggiunta e dopo la chiusura dello studio, che consiste nello smaltimento di decine e decine di mail e messaggistica telefonica ed in ultimo, ma non da ultimo, un carico burocratico sovrabbondante ed in crescita esponenziale negli ultimi anni, imprevedibile al momento della nostra scelta professionale, concausa della irreversibile perdita di identità del nostro ruolo.

### ► Il burnout

Purtroppo il nostro lavoro, *multitasking* e *oversize*, è misconosciuto, ingenerosamente scotomizzato e travisato dall'opinione pubblica: ciò manda in burnout tanti di noi che svolgono con coscienza la professione.

Il rapporto fiduciario sappiamo bene, noi addetti ai lavori, che è diventato attualmente un guscio vuoto, in quanto il valore semantico della parola "fiducia" ha perso il suo significato più alto per diventare uno slogan sbandierato da alcuni colleghi che preferirebbero non avviare una riforma strutturale della MG. Molti pazienti/utenti instaurano con i Mmg un rapporto squisitamente utilitaristico: basti pensare con quanta facilità buona parte degli assistiti non esiti a revocarci solo perché gli viene negato, secondo scienza e coscienza, quanto, a volte impropriamente ed insistentemente, richiesto.

### ► Perché dico sì alla dipendenza

La dipendenza oltre a determinare un orario di lavoro definito e tutele per noi medici, (ferie, malattia, TFR) spezzerebbe il rapporto tossico e utilitaristico che è diventato l'attuale rapporto tra Mmg e paziente, nel quale la fiducia si riscontra ormai solo in una minima percentuale di casi.

In tal modo, Mmg dirigenti all'interno delle CdC, con titolo di specializzazione universitaria in Medicina Generale, con un contratto solo a quota oraria e non più capitolaria, potrebbero rendere un ottimo servizio ai cittadini, riportando il nostro ruolo a quello squisitamente clinico. Saremmo così collocati in una realtà territoriale multidisciplinare, rappresentando un punto di riferimento efficace ed efficiente, in grado di dare risposte a problematiche di salute non urgenti, h24 e per 7 giorni a settimana.

Con questo tipo di organizzazione, anche sul territorio come in ospedale o negli ambulatori specialistici

pubblici, il cittadino accede ai servizi non scegliendo i singoli operatori, ma il pool di operatori che lavora nella struttura. Nelle CdC il pool di Mmg, dipendenti come tutte le altre figure professionali multidisciplinari operanti nella struttura, offre un'assistenza qualificata, senza soluzione di continuità dell'iter diagnostico e delle cure, consente più facile accessibilità e maggiore capillarità di quanto possano garantire i singoli medici, isolati nel proprio studio, dal momento che, alternandosi nelle varie fasce orarie, potranno sempre dare una risposta ai loro bisogni di salute, con la presa in carico da parte dell'équipe.

A proposito della "capillarità" garantita dall'équipe non posso non citare la recente pubblicazione (giugno 2023) da parte del Senato della Repubblica, del documento di analisi N° 26, dossier che si propone di effettuare un *check up* dello stato di salute del Ssn pubblico italiano attraverso il confronto con altri sistemi sanitari, tra questi quello spagnolo, dove i Mmg, dipendenti, lavorano all'interno dei cosiddetti "Centri di assistenza primaria" con una peculiare organizzazione delle cure primarie caratterizzata da una elevata accessibilità, operativi 24 ore al giorno con Ps integrato, e diffusione capillare sul territorio.

La dipendenza quindi serve per portare i Mmg dentro il Ssn e non lasciarli sulla porta in condizioni di emarginazione, subordinazione e scarso riconoscimento del ruolo professionale. Riprova ne sia quanto già realizzato con successo in altri Paesi europei.

Se perdessimo questo treno sono convinta che la medicina generale sparirebbe, e con essa il Ssn pubblico.

# Salute e ambiente in una popolazione rurale: ipotesi di uno studio osservazionale

È imprescindibile, oramai, una presa in carico del territorio coniugandola alla salute di una popolazione. Un medico di famiglia potrebbe essere il professionista consono a monitorare tale relazione attraverso una anamnesi del territorio abbinata alla anamnesi delle famiglie da cui, attraverso una raccolta di dati mirati, potrebbero emergere elementi significativi da approfondire

**Girolamo Meneghesso**

*Medico di medicina generale in pensione - Conselve (PD)*

È imprescindibile, oramai, una presa in carico del territorio coniugandola alla salute di una popolazione. L'ambiente poi, come ben vediamo e viviamo, diventa una priorità. Penso che un medico di famiglia potrebbe essere il professionista adatto a raccogliere anche questi dati. Ma anche un ex medico di famiglia, ora in pensione, quale io sono penso lo possa fare. Credo anche che a volte debba essere il cittadino a doversi inventare modelli nuovi per capire un territorio e l'ambiente. Da medico definirei la cosa una anamnesi del territorio abbinata alla anamnesi delle famiglie. Uno studio iniziale del problema deve fotografare un territorio e un gruppo di persone in quel contesto. In tempi relativamente veloci sarebbe opportuno tralasciare la velleità di fare studi epidemiologici o creare registri. Si tratta di fare un primo passo per indurre poi eventuali curiosità e voglia di approfondire la cosa mediante studi più scientifici con la collaborazione di molti altri soggetti. L'ottica è quella di capire se da un tale studio possano emergere dati degni di approfondimenti e riflessioni. La strada e l'idea che si ipotizzano è quella di partire da "uno sportello di ascolto medico" in cui raccogliere le osservazioni

trasversali di una piccola popolazione relazionandola all'ambiente. Nessuna interferenza va posta da parte di chi ascolta che ha solo l'obbligo di ascoltare dati e raccogliarli secondo uno schema prefissato.

## ► Lo sportello di ascolto

Lo sportello di ascolto dovrà essere un luogo pubblico dove incontrare la popolazione che riterrà opportuno rivolgersi, raccogliendo in maniera anonima le impressioni ambientali sul territorio dove vive. Ovviamente, per rendere i tempi di raccolta dati molto veloci, i membri che accedono allo sportello saranno solo uno per famiglia, che si deve fare portavoce, con onestà morale, dei membri di quella famiglia. Questo fatto rende ovvio che chi accede al servizio prima di venire dovrà aver dialogato in famiglia di salute e di ambiente. Questa è già una sensibilizzazione etica. Vi dovrà essere poi da parte degli enti che potranno e vorranno aderire al progetto, siano comuni, enti di promozione di salute, organi di stampa, la maggior pubblicizzazione della cosa affinché 'la partecipazione sia il più possibile massiccia. Facendo divenire in questo modo i cittadini delle "guardie del territorio". I tempi di azione dello sportello saranno dai 6 ai

12 mesi, con incontri bisettimanali di almeno 2-3 ore a incontro e con il medico che raccoglierà e ascolterà quanto osservato dai cittadini, siano essi pensieri o dati. La prenotazione sarà fatta tramite un sito informatico di cui verranno date le coordinate o un numero di telefono. La sede per gli incontri verrà messa a disposizione dell'ente interessato (per esempio, il Comune). Ci si può iscrivere nel giorno disponibile e nell'orario disponibile usando solo il nome o una mail. Cosa auspicabile l'anonimato. All'incontro il rappresentante della famiglia dovrà essere in grado di riferire, con onestà, il proprio parere, ma anche il parere dei componenti del nucleo di quella famiglia. Accumulato un numero significativo di risposte attraverso uno **Schema tipo di raccolta dati dello sportello di ascolto** (figura 1) si possono ipotizzare degli scenari. Per esempio se l'adesione è stata nulla o poco significativa, ci si ferma. Se invece si raccolgono numeri significativi che evidenziano in particolare una qualche correlazione tra emersione di patologie e denuncia di problemi ambientali, allora le informazioni rilevate sulle problematiche di interesse comunale come stato di fiumi, odori, rumori, zanza-

re, barriere architettoniche vanno riportate nei numeri agli organi competenti identificando le vie e mappando. Si mettono all'interno di un cerchio che è il paese e nelle vie si identificano i numeri dei disagi. Per la voce più complessa via/patologie

si aprono nuove possibilità. Se dalla rilevazione e intreccio dati emerge che odori, rumori, patologie sono molto concentrate in uno spicchio di quel cerchio mappato è lì che si dovrà capire e vedere cosa fare. Ma in tal caso è necessario far

rientrare in campo altri soggetti e metodiche di indagine mirate, come la disposizione di centraline di rilevamento per odori e rumori con metodiche mirate e diverse e la ricerca di inquinanti specifici che si sanno correlati a certe patologie.

FIGURA 1

**Schema tipo di raccolta dati attraverso sportello di ascolto medico sulla salute ambientale e delle famiglie**

- Paziente ..... (solo nome o mail)
- Membri presenti ora in famiglia n ..... via .....
- Come definirebbe la Sua famiglia la qualità dell'aria che respira nel suo quartiere di residenza?  Buona  Mediocre  Pessima
- Sentite odori molesti?  Sì  No
- Sempre?  Sì  No
- In quali periodi dell'anno?
 

Autunno	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Inverno	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Estate	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Primavera	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
- Come descrivereste con parole Vostre questi odori? .....
- Sentite rumori molesti nella vostra via?  Sì  No
- In quale periodo dell'anno maggiormente?
 

Autunno	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Inverno	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Estate	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Primavera	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
- Come descrivereste il rumore? .....
- La vostra qualità del sonno è:  Buona  Mediocre  Pessima
- Usate farmaci per dormire?  Sì  No
- Se esistono corsi d'acqua presso la Vs residenza come giudicate siano?  Ben tenuti  Mal tenuti
- Che interventi a vostro avviso dovrebbero essere fatti? .....
- Ci sono zanzare abnormemente concentrate nella vostra zona?  Sì  No
- Vi sono a vostro avviso barriere architettoniche in paese che ostacolano la vostra vita?  Sì  No
- Se sì dove: (chiesa, comune, ambulatori, fermata corriere, altro) .....
- Nella vostra famiglia sono presenti patologie (malattie della tiroide, Bpco, asma, tumori, malattie del sistema nervoso insonnie gravi, cardiopatie, allergie, altro)? .....  
 Sì  No  Numero .....

# Il bombardamento continuo sulla medicina generale

La medicina generale è ancora sotto attacco, tanto che, scomodando il grande Bertold Brecht, potremmo dire che ci sedemmo dalla parte sbagliata perché gli altri posti erano già stati occupati. Ricordo che ai tempi della plethora medica i Mmg non riuscivano nella maggior parte ad accedere ad un incarico ospedaliero. Ora invece non si trovano medici e in particolare non se ne trovano disposti a gettarsi in questa sventurata professione che continua ad essere duramente colpita nella sua essenza, rappresentata dal rapporto medico-paziente, che tutti vogliono distruggere

**Alessandro Chiari**

*Segretario Regionale Fismu Emilia Romagna*

Quello con i media è un rapporto, da sempre, molto sofferto per la medicina generale, visto che ci individuano come 'fancazzisti' obsoleti, sebbene, alla fine, come ha dimostrato la pandemia, è sempre il medico di medicina generale a tenere in piedi la baracca. Stavamo dormicchiando e guardavamo la televisione e ci siamo imbattuti in un noto Collega, personaggio quasi centenario, *endorsers* di maglioni dolcevita bianchi, che stava ingiustamente attaccando la nostra categoria professionale come se fosse stato spinto anch'egli da quel male incurabile che sta affliggendo i sedicenti addetti ai lavori, impegnati nella missione di individuare i Mmg come i colpevoli del caos medico. Noi medici di medicina generale, che all'inferno ci siamo tutti i giorni, conosciamo benissimo quali siano i nomi dei diavoli che ci perseguitano, ma ancora nessuno ha capito (o non lo vuole capire) che della medicina generale può parlare solamente chi la esercita, tale professione. Tuttavia, spesso, anche chi lavora

nel campo, per interessi politici e personali, individua, per il territorio, soluzioni progettuali ad alto rischio, a volte totalmente in malafede, che distruggono la gestione territoriale e peggiorano il nostro lavoro professionale.

## ► Mosse sbagliate

Nel frattempo, senza considerare minimamente la situazione drammatica in cui versa la nostra professione, si continua a metterci in difficoltà, aprendo piste per la concorrenza: per esempio i farmacisti. Prendiamo a modello la nuova campagna istituzionale antivirale Covid annunciata di recente. Il risultato è che siamo stati sommersi da telefonate di pazienti che volevano vaccinarsi o prenotarsi rendendoci impossibile rispondere agli altri pazienti. Questo è un esempio dell'andazzo dilettantistico generale. Ma come si dice: *hic sunt peones*. Il sistema ha ben identificato, come bersaglio sensibile per distruggere la medicina generale, il rapporto medico-paziente, indicando la strategia per

compromettere ancor di più tale relazione, già fragile per innumerevoli motivi, cercando di convertirlo sul rapporto con la struttura piuttosto che con il professionista: purtroppo continuano a prendere la parola persone indubbiamente qualificate, ma che ben poco conoscono la medicina generale. I Mmg non sono una *lobby* ma una prima linea di resistenza territoriale e di sopravvivenza per i medici stessi. Sembra che i decisori e gli *influencer* non abbiano più memoria dei colleghi morti che sono stati dimenticati con un colpo di spugna. Nuovamente si perde il senso della cronologia e della storia perché nessuno analizza i problemi dalla prospettiva più appropriata e con metodi analitici performanti come quelli fondati sulle metanalisi dei dati, andando alla radice del problema. Dati che lapalissianamente metterebbero nero su bianco che la crisi della nostra professione poggia le sue basi sugli eccessivi carichi di lavoro. Adoriamo gli *influencers* e le loro parole in libertà.

# AGGIORNAMENTI



## ■ **CARDIOLOGIA**

*Diagnosi e terapia dello scompenso: update dall'Esc*

## ■ **EPIDEMIOLOGIA**

*Tracciate in Europa le malattie correlate all'epatite B e C*

## ■ **NEUROLOGIA**

*Così l'attività fisica protegge dalla malattia di Parkinson*

## ■ **UROLOGIA**

*Screening del tumore prostatico: quando integrare Psa e RM?*



## ■ CARDIOLOGIA

### Diagnosi e terapia dello scompenso: update dall'Esc

**A**l congresso di Amsterdam è stato presentato, da parte del professor **Marco Metra** (Università di Brescia) e dalla professoressa **Theresa McDonagh** (King's College Hospital - Londra, Regno Unito), presidenti della Task Force delle linee guida originali, un aggiornamento mirato delle linee guida ESC 2021 per l'insufficienza cardiaca (HF). Il documento è stato pubblicato sull'European Heart Journal.

Il prof. Metra commenta la necessità dell'aggiornamento: "Dalle linee guida ESC del 2021 per lo scompenso cardiaco, sono stati pubblicati più di 10 studi randomizzati e controllati che dovrebbero cambiare la gestione dei pazienti prima della prossima linea guida completa programmata. Sulla base di queste recenti evidenze, vengono fornite nuove raccomandazioni in tre aree: scompenso cardiaco cronico, scompenso cardiaco acuto e comorbidità".

#### ► Nuove indicazioni per la terapia

Per quanto riguarda lo scompenso cardiaco cronico, nelle linee guida del 2021 non erano presenti raccomandazioni sull'uso degli inibitori del co-trasportatore sodio-glucosio 2 (SGLT2) in pazienti con scompenso cardiaco con frazione di eiezione lievemente ridotta (HFmrEF) e scompenso cardiaco con frazione di eiezione preservata (HFpEF), in quanto

non erano disponibili prove in merito. Da allora, sono stati pubblicati gli studi EMPEROR-Preserved e DELIVER e l'aggiornamento mirato ora raccomanda dapagliflozin o empagliflozin nei pazienti con HFmrEF e HFpEF per ridurre il rischio di ospedalizzazione per scompenso cardiaco o morte cardiovascolare.

"La task force ha anche discusso di modificare la descrizione di HFpEF in 'HF con frazione di eiezione normale (HFneEF)' e di alterare la soglia LVEF per HfnEF -, ha osservato la prof. McDonagh. - Tuttavia, alla fine si è deciso di mantenere il termine 'HFpEF' lasciando che eventuali ulteriori modifiche terminologiche fossero prese in considerazione dalla prossima task force delle linee guida ESC HF."

#### ► Gestione dello scompenso acuto

Per la gestione dello scompenso acuto dopo il ricovero ospedaliero, lo studio STRONG-HF ha recentemente dimostrato la sicurezza e l'efficacia di un approccio basato sull'avvio e la titolazione delle terapie orali per lo scompenso cardiaco entro 2 giorni prima della dimissione ospedaliera prevista e su visite di follow-up subito dopo la dimissione. Questi risultati hanno portato a una nuova raccomandazione di terapia ad alta intensità per l'inizio e il rapido aumento della titolazione delle terapie orali per lo

scompenso cardiaco con uno stretto follow-up nelle prime 6 settimane dopo la dimissione per ridurre la riammissione per scompenso cardiaco o la morte per tutte le cause. L'aggiornamento mirato sottolinea che particolare attenzione dovrebbe essere prestata ai sintomi e ai segni di congestione, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, valori di NT-proBNP, concentrazioni di potassio e velocità di filtrazione glomerulare stimata durante gli appuntamenti di follow-up.

#### ► Prevenzione dello scompenso

Passando alle comorbidità, l'aggiornamento mirato fornisce una nuova raccomandazione per la prevenzione dello scompenso cardiaco nei pazienti con malattia renale cronica e diabete di tipo 2 sulla base dei risultati degli studi sugli inibitori DAPA-CKD ed EMPA-KIDNEY SGLT2. Dapagliflozin o empagliflozin sono ora raccomandati per i pazienti con insufficienza renale cronica e diabete per ridurre il rischio di ospedalizzazione per scompenso cardiaco o morte cardiovascolare. Una seconda raccomandazione segue gli studi FIDELIO-DKD e FIGARO-DKD e sostiene l'uso dell'antagonista del recettore dei mineralcorticoidi, finerenone, nei pazienti con insufficienza renale cronica e diabete per ridurre il rischio di ospedalizzazione per scompenso cardiaco.

- McDonagh TA, et al. 2023 Focused update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2023. doi:10.1093/eurheartj/ehad195.
- McDonagh TA, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021;42:3599-3726.

■ EPIDEMIOLOGIA

## Tracciate in Europa le malattie correlate all'epatite B e C

■ Livia Tonti

**I**l Centro di Studio e di Ricerca sulla Sanità Pubblica (CESP) dell'Università di Milano-Bicocca ha coordinato uno studio europeo per valutare il carico di incidenza, prevalenza, mortalità e anni di vita persi per disabilità (DALYs) delle malattie correlate al virus dell'epatite B (HBV) e al virus dell'epatite C (HCV) per il periodo dal 2010 al 2019, quando si sono rese disponibili importanti innovazioni terapeutiche. Si tratta del primo rapporto completo sul carico dell'HBV e HCV in Europa.

Lo studio è stato pubblicato su *The Lancet Public Health*. I ricercatori del CESP si sono avvalsi della collaborazione col Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD), coordinato dall'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) dell'Università di Washington, che coinvolge oltre 9mila ricercatori provenienti da oltre 160 Paesi, permettendo di confrontare l'impatto delle malattie, degli infortuni e dei fattori di rischio sulla salute della popolazione nel tempo tra i differenti gruppi di età, sesso, paesi e regioni.

► **HBV, si registra un miglioramento**

Nel 2019, in tutte le fasce d'età, si sono verificati circa 2,08 milioni

di casi incidenti di epatite acuta B e 0,49 milioni di casi di epatite C in Europa.

Il tasso di incidenza standardizzato per età dell'epatite acuta B è diminuito dal 2010 al 2019, del 22.14%, il tasso di mortalità del 33.27%.

La cirrosi correlata all'HBV è risultata altamente prevalente (8,24 milioni) ed è risultata associata a quasi 25mila decessi nel 2019, ma il tasso di prevalenza standardizzato per età (-20.60%) e il tasso di mortalità (-33.19%) sono risultati diminuiti dal 2010 al 2019. Quasi 15mila casi prevalenti, 10.170 casi incidenti e 9mila decessi erano attribuibili al cancro del fegato correlato all'HBV nel 2019, senza cambiamenti significativi nei tassi standardizzati per età osservati tra il 2010 e il 2019.

Dal 2010 sono state stimate riduzioni sostanziali dei DALY (anni di vita persi corretti per la disabilità) per l'epatite acuta B (-27.82%) e cirrosi correlata all'HBV (-30.70%).

► **HCV, bene ma non benissimo**

Il tasso di incidenza standardizzato per età dell'epatite acuta C è diminuito del 3.24% e il tasso di mortalità standardizzato per età è

diminuito del 35.73% tra il 2010 e il 2019.

Per quanto riguarda la cirrosi correlata ad HCV non si sono registrate variazioni significative nei casi prevalenti, incidenti e nella mortalità, ma se si osserva il tasso di prevalenza, di incidenza e di mortalità standardizzato per età (-6.37%, -5.87%, -11.11% rispettivamente) si nota un miglioramento.

Non si sono registrati cambiamenti significativi nella prevalenza, incidenza e mortalità standardizzate per età per cancro del fegato associato ad HCV.

È stata stimata una moderata riduzione dei DALY per la cirrosi correlata all'HCV (-6.19%), mentre il cancro del fegato correlato all'infezione ha mostrato un aumento significativo dei DALY (10.37%).

Gli autori concludono che sebbene tra il 2010 e il 2019 siano state stimate diminuzioni di alcune malattie correlate ad HBV e HCV, queste sono ancora associate a un onere elevato, evidenziando la necessità di interventi più intensivi e coordinati all'interno dei paesi europei per raggiungere l'obiettivo dell'eliminazione dell'epatite virale entro il 2030, posto da una risoluzione del 2016 dell'Assemblea Mondiale della Sanità e dettagliato poi dall'OMS in possibili strategie di sanità pubblica e relative risorse economiche.

• *GBD 2019 Europe Hepatitis B & C Collaborators. Hepatitis B and C in Europe: an update from the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Public Health 2023; 8: e701-e716.*

## ■ NEUROLOGIA

### Così l'attività fisica protegge dalla malattia di Parkinson

**I**ricercatori della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica, Campus di Roma e della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS hanno scoperto che l'esercizio fisico intensivo potrebbe rallentare il decorso della malattia di Parkinson e hanno anche compreso i meccanismi biologici sottostanti. Si tratta di una scoperta importante che potrebbe aprire la strada a nuovi approcci non-farmacologici.

Lo studio, pubblicato su *Science Advances*, vede coinvolti, oltre all'Università Cattolica, campus di Roma e alla Fondazione Policlinico A. Gemelli IRCCS, diversi istituti di ricerca: Università telematica San Raffaele Roma, CNR, TIGEM, Università degli studi di Milano, IRCCS San Raffaele Roma.

#### ► **Le potenziali implicazioni per i pazienti**

Sebbene questi risultati siano stati ottenuti su un modello sperimentale di malattia, gli autori intravedono importanti implicazioni per il paziente. "La novità del nostro studio - sottolinea il professor **Paolo Calabresi**, corresponding author dello studio, Ordinario di Neurologia all'Università Cattolica e direttore della UOC Neurologia al Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS - risiede nell'aver scoperto un meccanismo mai osser-

vato prima, attraverso il quale l'esercizio fisico effettuato nelle fasi precoci della malattia induce effetti benefici sul controllo del movimento volontario che possono durare nel tempo anche dopo l'interruzione dell'allenamento. La scoperta - prosegue Calabresi - suggerisce che un'attività fisica intensiva effettuata in maniera regolare è in grado di indurre modificazioni funzionali e strutturali nei neuroni e consente di contrastare gli effetti di eventi che provocano tossicità neuronale. Questo nuovo meccanismo individuato può permettere di identificare nuovi target terapeutici e marcatori funzionali da tenere in considerazione per sviluppare trattamenti non-farmacologici da adottare in combinazione con terapie farmacologiche attualmente in uso".

#### ► **Gli effetti dell'attività fisica**

Precedenti lavori hanno mostrato che l'attività fisica intensiva si associa a un aumento della produzione di un fattore di crescita fondamentale per la sopravvivenza dei neuroni, il brain-derived neurotrophic factor (BDNF). In questo studio gli autori hanno osservato lo stesso fenomeno in risposta ad un protocollo di allenamento su tapis roulant e per la prima volta hanno dimostrato il meccanismo attraverso cui questo fattore neurotrofico agisce nel determinare gli effetti benefici dell'attività fisica a livello ce-

rebrale e quindi comportamentale. Quindi gli esperti hanno dimostrato che un protocollo di esercizio fisico della durata di quattro settimane può rallentare la progressione di malattia in un modello animale di Parkinson in fase iniziale (ottenuto con la somministrazione intracerebrale di alfa-sinucleina umana).

#### ► **I risultati dello studio**

L'effetto principale è stato la riduzione della diffusione degli aggregati patologici di alfa-sinucleina; l'effetto neuroprotettivo dell'attività motoria è associato alla sopravvivenza dei neuroni che rilasciano il neurotrasmettitore dopamina e alla capacità dei neuroni del nucleo striato di continuare a svolgere la loro funzione, aspetti altrimenti compromessi dalla malattia.

I ricercatori hanno anche scoperto che il BDNF, che aumenta con l'esercizio fisico, interagisce con il recettore NMDA per il glutammato, consentendo ai neuroni dello striato di rispondere agli stimoli in modo efficace, con effetti che perdurano nel tempo anche oltre l'interruzione dell'esercizio fisico.

Per quanto riguarda i possibili sviluppi di questa ricerca il professor Paolo Calabresi aggiunge che: "il nostro gruppo di ricerca è coinvolto in uno studio clinico per verificare se l'esercizio fisico possa rallentare la progressione della malattia di Parkinson nei pazienti in fase precoce e individuare nuovi marcatori in grado di seguire il decorso della patologia".

• Marino G, et al. *Intensive exercise ameliorates motor and cognitive symptoms in experimental Parkinson's disease restoring striatal synaptic plasticity*. *Sci Adv* 2023; 9(28): eadh1403. doi: 10.1126/sciadv.adh1403

■ UROLOGIA

## Screening del tumore prostatico: quando integrare Psa e RM?

■ Elisabetta Torretta

Un recente studio apparso sul BMJ Oncology ha rivelato che l'utilizzo delle scansioni MRI nello screening del cancro alla prostata potrebbe rilevare i tumori che sfuggono al solo esame del sangue dell'antigene prostatico specifico (Psa). I ricercatori hanno notato che l'utilizzo del Psa o di anomalie all'esame digito-rettale anomalo per la selezione dei pazienti da avviare a una biopsia transrettale standard potrebbe ridurre la mortalità per cancro alla prostata a 16 anni del 20%, ma è stato associato a una significativa sovradiagnosi e ad un eccessivo trattamento dei tumori a basso rischio.

La recente introduzione della risonanza magnetica come primo passo per approfondire in caso di riscontro di valori di Psa elevati o di un esame digito-rettale anormale ha dimostrato di aumentare il rilevamento di tumori clinicamente significativi, riducendo al contempo la sovradiagnosi e risparmiando a un uomo su quattro ad alto rischio una biopsia non necessaria. Tuttavia, la risonanza magnetica come strumento di screening non è stata valutata indipendentemente dal Psa in uno studio di screening formale. Quindi i ricercatori hanno eseguito una valutazione sistematica su base comunitaria della prevalenza delle lesioni della prostata alla risonanza magnetica tra gli uomini di età compresa tra 50 e 75

anni, che sono stati invitati per un controllo sanitario della prostata. I ricercatori hanno esteso l'invito allo screening a oltre 2000 soggetti sani e di questi ha risposto il 22%, tra i quali 303 uomini hanno completato i test di screening sia MRI che Psa.

Dai dati è emerso che un uomo su sei (48/303, 16%) aveva una risonanza magnetica di screening positiva, di cui 32 avevano un Psa <3 ng/mL, considerato l'attuale cutoff di riferimento per l'esecuzione di test aggiuntivi come una biopsia.

"Quindi stando ai numeri - commenta il professor **Giuseppe Procopio**, Direttore del Programma Prostata e dell'Oncologia Medica Genito-urinaria. Fondazione Istituto Nazionale dei Tumori di Milano - possiamo concludere che attraverso la risonanza magnetica è stato identificato il 5% di tumori clinicamente significativi della prostata che non sarebbero stati rilevati dalla sola alterazione patologica del Psa. Quindi, in altre parole, non sempre c'è una diretta correlazione tra valore del Psa e tumore primitivo della prostata". Gli autori dello studio sottolineano che la RM ha rivoluzionato le modalità per la diagnosi di tumore prostatico ed è importante valutare come si potrebbero utilizzare le scansioni in modo ancora più efficace. I risultati sono di grande interesse e ora sarà da valutare con studi molto più ampi

l'uso della risonanza magnetica come primo passo alla base di un programma di screening nazionale.

"Cambia - si chiede ancora Procopio - la nostra pratica clinica quotidiana sulla base di questi dati? Senz'altro migliora il nostro sapere, confermando che il Psa non è un indicatore assoluto per dire se siamo in presenza di un tumore oppure no. La risonanza magnetica è un compendio diagnostico imprescindibile in molte situazioni. L'integrazione tra le due procedure è cruciale per decidere se e quando procedere con la biopsia e quindi ritengo che sia da mantenere il ruolo cardine della risonanza nella diagnosi di pazienti a rischio. Un'ultima considerazione riguarda le tante situazioni in cui è necessario personalizzare l'approccio diagnostico, ovvero quando il Psa rimane entro valori normali ma sono presenti dei fattori che lo specialista considera di rischio, casi in cui non va esclusa la possibilità di ricorrere a una risonanza magnetica. Guidare il percorso può consentire di fare il corretto uso dell'indagine: non risonanza magnetica di screening estesa a tutti ma applicata laddove lo specialista individua dei fattori di rischio, presenti anche indipendentemente dal valore del Psa che talvolta potrebbe avere risultati del tutto normali."

• Moore CM, et al. Prevalence of MRI lesions in men responding to a GPlcd invitation for a prostate health check: a prospective cohort study. *BMJ Oncology* 2023; 2:e000057. doi:10.1136/bmjonc-2023-000057.



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

# Insulina: il passato, il presente e il futuro della terapia del diabete

Accanto al suo impatto terapeutico immediato, l'insulina è stata il fulcro di incredibili progressi in tanti campi della medicina. Con la dottoressa Olga Eugenia Disoteco dell'ospedale Niguarda di Milano abbiamo fatto il punto sulla terapia insulinica del diabete, malattia ai vertici della classifica delle cause di morte con enormi costi per la società, l'economia e i sistemi sanitari

Elisabetta Torretta

## ► Introduzione

Il XX secolo è sinonimo di periodo storico importante e fondamentale per la medicina e una delle più significative scoperte del secolo scorso è senza dubbio quello dell'insulina, ormone che ha da poco compiuto i 100 anni.

La scoperta dell'insulina e la sua applicazione in ambito clinico ha aperto nuovi scenari nel trattamento del diabete, che rimane tuttavia una delle patologie ai primi posti per cause di morte, complicanze e costi sociali ed economici per i sistemi sanitari.

Abbiamo chiesto alla dottoressa

Olga Eugenia Disoteco (SC Diabetologia ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano) di illustrare i punti salienti della terapia insulinica.



**La terapia insulinica è essenziale: in quali pazienti e in quali forme di diabete?**

Presidio indispensabile nel diabete mellito tipo 1 e in tutte le situazioni di deficit assoluto di insulina, consente sia di ripristinare un adeguato controllo del metabolismo di glucosio, acidi grassi, trigliceridi e corpi chetonici, sia di arrestare il cata-

bolismo tissutale a cui i pazienti vanno incontro nelle situazioni indicate. L'insulina rappresenta quindi il trattamento fondamentale delle forme autoimmuni di diabete mellito (tipo 1 e Lada), del diabete di tipo 2 in fase avanzata e di alcune forme di diabete monogenico caratterizzate da deficit insulinico severo (Lisco G, et al, 2022).



**Gli schemi insulinici attualmente approvati sono 4. Ce li vorrebbe descrivere?**

Per oltre 70 anni il trattamento insulinico si è basato su uno schema che prevedeva 1-2 somministrazioni/die, fino a quando nel 2019 i dati emersi dal Diabetes Control and Complication Trial hanno cambiato le carte in tavola, dimostrando che un trattamento intensivo multi-iniettivo era in grado di influire in maniera più incisiva sul controllo glicemico e sulla riduzione del rischio di complicanze microvascolari (Cleary P, et al, 2006).

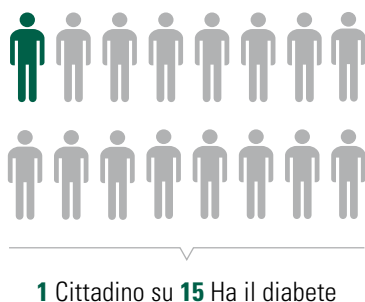
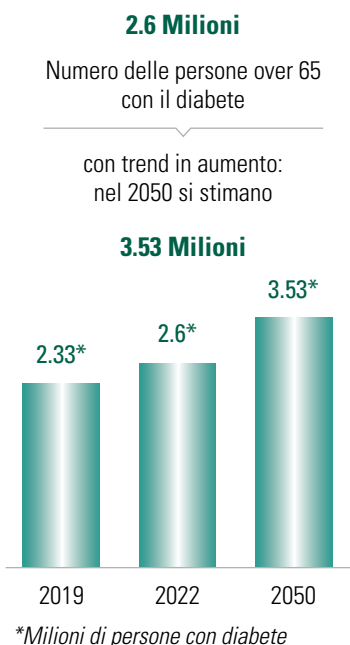
Gli schemi insulinici attualmente approvati per il trattamento del diabete comprendono:

**1.** insulina basale più farmaci ipoglicemizzanti orali o iniettivi nel diabete mellito tipo 2



FIGURA 1

**Diabete - Epidemiologia, impatto sociale e costi**

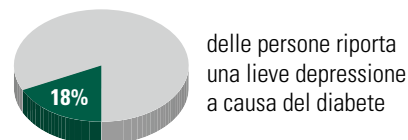
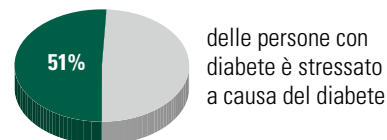


**Molti altri sono a rischio**

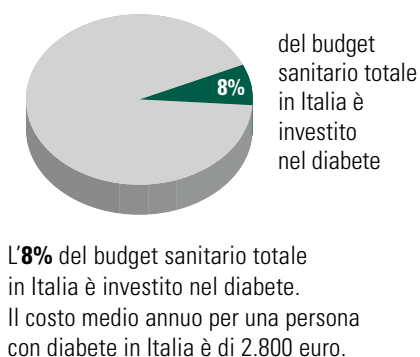
Per ogni **3 persone** con diabete noto ce n'è 1 che non sa di avere il diabete. Inoltre è possibile stimare che per **1 persona con diabete noto** ce n'è almeno **1 ad alto rischio** di svilupparlo (scarsa tolleranza al glucosio o elevata glicemia a digiuno). Ciò significa che almeno 3.27 milioni di persone sono ad alto rischio di sviluppare il diabete.

**Impatto psicosociale del diabete**

L'impatto psicosociale del diabete limita l'efficacia delle terapie per il diabete.

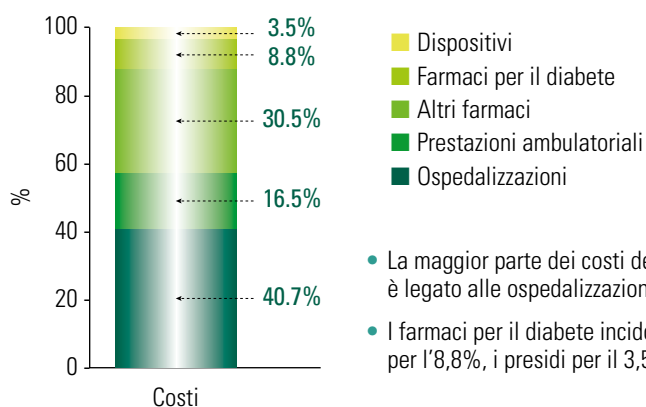


**L'impatto economico del diabete**



**Fattori che contribuiscono ai costi sanitari diretti per il diabete**

(Osservatorio ARNO 2019)



- La maggior parte dei costi del diabete è legato alle ospedalizzazioni.
- I farmaci per il diabete incidono per l'8,8%, i presidi per il 3,5%.

- insulina basale più insulina prandiale (basal-plus) soprattutto nel diabete tipo 2
- insulina basale più almeno due insuline prandiali (basal-bolus)
- infusione continua di analogo ad azione rapida e ultra-rapida mediante pompa insulinica.



**Insuline basali, prandiali... quali sono, come si differenziano, come agiscono?**

Nel diabete tipo 1 il regime insulinico ideale è quello che si avvicina al fisiologico ritmo di secrezione insulinica e in tal senso la funzione

dell'insulina basale in questi regimi è di mantenere il controllo del glucosio plasmatico per circa 24 ore (Bethel MA, Feinglos MN, 2005). Le insuline basali comprendono l'insulina glargine (IGlar 100 e 300), l'insulina detemir (IDet), l'insulina degludec (IDeg).

Le insuline prandiali comprendono l'insulina lispro (Lis), l'insulina Aspart (IAsp), l'insulina glulisina (IGlu), l'insulina faster apart (Fiasp). A breve sarà disponibile in commercio anche un'altra formulazione, l'insulina Lispro ultra-rapida.

**Considerando il trend dell'invecchiamento della popolazione è ovvio che sarà sempre maggiore il numero di pazienti in là con gli anni che soffrono di diabete. Cambia qualcosa nella gestione di questi soggetti?**

La gestione del diabetico anziano differisce molto da quella dei giovani adulti. La terapia insulinica deve essere riservata a quegli anziani nei quali il compenso idoneo al loro stato di salute non può essere ottenuto con farmaci non insulinici. Tali farmaci consentono infatti di ridurre la glicemia in assenza di eventi ipoglicemici. La terapia insulinica deve quindi essere riservata a quei pazienti che presentano deficit assoluto di insulina o complicanze che controindicano l'impiego di altri farmaci o sono intolleranti al trattamento con farmaci non insulinici (Marouf E, Sinclair AJ, 2005).

**Un recente lavoro pubblicato sul New England Journal of Medicine ha documentato l'efficacia e la sicurezza dell'insulina icodex: di cosa si tratta? E ancora, sarà questo il futuro della gestione del diabete?**

I dati recentemente pubblicati sul NEJM sembrano indicare nuove opportunità per la terapia del diabete: lo studio ha infatti dimostrato che una nuova insulina basale a

somministrazione settimanale offre la stessa efficacia delle insuline già in uso a somministrazione quotidiana nei pazienti con diabete di tipo 2 che non hanno usato in precedenza insulina.

Tale opzione costituisce sicuramente una importante innovazione nella terapia insulinica oltre a una interessante semplificazione del regime terapeutico (Rosenstock J, et al, 2023).

**Le innovazioni aprono a nuove speranze ma le criticità sono sempre numerose...**

Nonostante le innovazioni terapeutiche e tecnologiche oggi disponibili, preoccupano ancora l'alta percentuale di pazienti non 'a target' e i dati poco soddisfacenti sull'utilizzo dei nuovi farmaci, a dimostrazione del difficile accesso ai nuovi trattamenti terapeutici per una parte consistente della popolazione e purtroppo talvolta anche a una scarsa aderenza alle terapie, prima fra tutte lo stile di vita. Il dia-

bete mellito richiede grande partecipazione alla cura da parte del paziente e purtroppo poche sono le possibilità di motivare a tale abitudine il paziente.

Una consistente parte della popolazione con diabete vive in una "cronica" difficoltà nel tenere sotto controllo i più importanti fattori di rischio, risultando così maggiormente esposta al rischio di sviluppare le complicanze del diabete.

Il ruolo attivo del paziente e della competenza del diabetologo sono due elementi chiave che possono spianare la strada a un controllo ottimale della malattia, cogliendo le opportunità che le innovazioni terapeutiche permettono di realizzare. Senza dimenticare che, nell'ambito delle cronicità, il successo della cura è legato al coinvolgimento attivo del paziente all'interno del percorso terapeutico-assistenziale, attraverso un approccio che tenga conto anche degli aspetti psicologici e sociali, oltre che clinici e terapeutici.

## BIBLIOGRAFIA

- Bethel MA, Feinglos MN. Basal Insulin Therapy in Type 2 Diabetes. J Am Board Fam Pract 2005; 18: 199-204.
- Cleary PA, et al. The effect of intensive glycemic treatment on coronary artery calcification in type 1 diabetic participants of the Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Study. Diabetes 2006; 55(12):3556-65.
- Jorgens V, et al. Unveiling Diabetes - Historical Milestones in Diabetology. Front Diabetes. Basel: Karger: 2020: 25-35
- Lisco G, et al. L'insulina 100 anni dopo: fisiopatologia e farmacologia, nella prospettiva delle nuove formulazioni. In S. Settembrini "Trattato di Cardio Nefro Diabetologia", Edizioni Minerva Medica 2022, pag. 389-406
- Marouf E, Sinclair AJ. Use of short-acting insulin aspart in managing older people with diabetes. Clinical Interventions in Aging 2009;4 187-190
- Rosenstock J, et al. Weekly Icodex versus Daily Glargine U100 in Type 2 Diabetes without Previous Insulin. N Engl J Med 2023 Jun 24. doi: 10.1056/NEJMoa2303208.
- Sims EK, et al. 100 years of insulin: celebrating the past, present and future of diabetes therapy. Nat Med. 2021 July ; 27: 1154-1164.

# Disfagia nell'anziano, serve una gestione adeguata e multidisciplinare

La disfagia è un problema frequentemente riscontrabile nell'anziano, specie se fragile, con compromissione della sua autonomia e conseguentemente della sua qualità di vita. Tuttavia non sempre viene identificata e trattata, nonostante esistano semplici strumenti diagnostici e valide possibilità terapeutiche che potrebbero prevenire le severe complicanze di un mancato riconoscimento del disturbo, compreso l'aumento della mortalità

**Lucia Pagano**

*Medico-Chirurgo - Specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa- Università degli Studi "la Sapienza", Roma*

La disfagia è la sensazione di difficoltà o di ostruzione al passaggio di cibo e/o liquidi attraverso la bocca, la faringe o l'esofago. Colpisce dal 5% al 20% della popolazione generale e in percentuale maggiore quella anziana, istituzionalizzata e non. Si stima infatti che almeno il 45% dei soggetti al di sopra dei 75 anni presenti sintomi legati alla disfagia. In realtà, queste percentuali, verosi-

milmente, risultano essere più alte e preoccupanti, essendo questa problematica spesso non diagnosticata e quindi non opportunamente trattata, al fine di evitare le possibili inevitabili complicanze, in particolare la malnutrizione e/o la disidratazione, il soffocamento e la polmonite da aspirazione degli alimenti (polmonite ab ingestis). Urge la necessità di una precoce e più ampia gestione con interventi

di prevenzione primaria, ovvero di informazione e di educazione sanitaria; di prevenzione secondaria, con interventi di screening ed evidenziazione precoce del disturbo; e di prevenzione terziaria. La tempestività dell'intervento e la gestione multidisciplinare della disfagia, possono migliorare la qualità e l'efficacia degli interventi, riducendone complicazioni e conseguenze.

## INFOBOX

### La deglutizione e le sue fasi

La deglutizione è intesa come "l'abilità di convogliare sostanze solide, liquide, gassose o miste dall'esterno allo stomaco". Essa richiede un meccanismo molto complesso e interessato da diverse fasi, e avente importanti obiettivi.

Per sintetizzare, la deglutizione si articola in 7 macro-fasi:

**1. fase anticipatoria:** l'aspetto e l'odore del cibo e delle bevande stimolano modificazioni nelle secrezioni salivari e gastriche e nel tono della muscolatura;

**2. fase preparatoria extraorale delle sostanze (fase 0):** prevede cottura, associazione di sostanze diverse, scarti, frantumazione

**3. fase preparatoria orale o buccale (volontaria) (fase 1):** il cibo viene introdotto nella cavità orale in maniera spontanea e, da qui, attraverso l'insalivazione e la masticazione degli alimenti, avviene la preparazione del bolo alimentare pronto per passare ai successivi steps;

**4. fase propulsiva orale (volontaria) (fase 2):** il bolo viene spinto dalla lingua verso il fondo della cavità orale;

**5. fase faringea (involontaria) (fase 3):** è una fase cruciale, attraverso passaggi successivi; in questa articolata macro-fase il bolo, grazie ai movimenti involontari della muscolatura faringea, attraversa la zona in cui si incrocia la via respiratoria con quella digestiva. Il bolo entra nella faringe e da qui cominciano le stimolazioni nervose che permettono *in primis* di evitare l'introduzione dello stesso nelle cavità nasali e quindi il passaggio che permette l'apertura dell'esofago grazie al sollevamento della laringe;

**6. fase esofagea (involontaria) (fase 4):** il bolo entra nell'esofago e spinge il cibo verso lo stomaco anche grazie ai movimenti involontari della muscolatura esofagea;

**7. Fase gastrica.**

La disfagia può coinvolgere l'alterazione di una o più fasi della deglutizione.



## ► Cause e complicanze

Nelle persone anziane la disfagia viene definita presbifagia ed è spesso la manifestazione clinica di una serie di patologie che possono avere un impatto sulla deglutizione e che tendono a essere più frequenti con l'invecchiamento. Tra queste ci sono prioritariamente le malattie neurologiche e neuromuscolari, come: ictus; demenze e malattia di Alzheimer; morbo di Parkinson; sclerosi multipla; miastenia grave; sclerosi laterale amiotrofica.

La presbifagia può anche essere dovuta a cause strutturali, come i tumori dell'area testa-collo, oppure a traumi cranici, a patologie respiratorie croniche e ad altre cause che comportano, ad esempio, un'alterazione dello stato di vigilanza e dello stato cognitivo o una situazione di scompenso generale.

Sebbene questo problema negli anziani possa essere causato da patologie (in questo caso si parla di **presbifagia secondaria**), assistiamo a una serie di cambiamenti fisiologici legati all'avanzare dell'età che possono portare a difficoltà nella deglutizione (e in questo caso si parla di **presbifagia primaria**). La disfagia può essere considerata una sindrome geriatrica che, oltre ad incidere negativamente sulla qualità di vita del paziente, si associa a gravi complicanze acute e croniche.

Risulta pertanto fondamentale attuare idonee strategie atte a prevenire tali possibili complicanze, e in particolare l'aspirazione degli alimenti nelle vie aeree, il soffocamento, la disidratazione e la malnutrizione.

## ► Diagnosi

La disfagia è riconoscibile da alcuni segni fortemente suggestivi: tosse durante/dopo la deglutizione, perdita di saliva dalla bocca, senso di soffocamento durante o dopo la deglutizione, voce gorgogliante dopo la deglutizio-

ne, fuoriuscita di cibo dal naso, rigurgito di cibo non digerito. Questi segni richiedono un approfondimento medico. La prima persona di riferimento è il Medico di medicina generale, che, constatata la situazione e la sua gravità, si confronterà con medici specialisti dedicati, sensibili alla problematica e preparati per un corretto e preciso inquadramento diagnostico e un altrettanto valido trattamento. Si instaurerà pertanto un dialogo con il geriatra e/o il fisiatra prioritariamente, ma anche eventualmente con l'internista, lo pneumologo, il neurologo, il foniatra, l'otorinolaringoiatra, il gastroenterologo, per arrivare a figure di supporto come il logopedista, il dietista, il nutrizionista. Lo specialista saprà identificare la presenza o meno del disturbo, la tipologia e il suo grado di complessità. A fronte quindi della diagnosi risultante, appronterà la tipologia più adatta di intervento riabilitativo e/o di altro tipo. Come per molti altri disturbi, anche in questo caso, va rilevata l'importanza di un lavoro che sia multiprofessionale e multidisciplinare, in modo da garantire un trattamento che sia il più adeguato ed efficace possibile. La terapia dovrà infatti essere individualizzata e dovrà tener conto delle eventuali malattie di base e delle condizioni cliniche del singolo paziente.

Il fisiatra, "allertato" dal Mmg, o da altre figure di riferimento per il paziente, si attiverà tempestivamente facendo riferimento ed eseguendo appositi test che controllano il processo di deglutizione e richiedendo esami specifici per appurare lo stato di salute delle vie aeree e di quelle digestive. Molto in uso e pratico è il **test dell'acqua** con cui si somministrano al paziente prima un cucchiaino di acqua, poi mezzo bicchiere d'acqua fino ad un intero bicchiere d'acqua (se la persona è in grado di sopportarlo) e si fa parlare il paziente a seguito della deglutizione, per valutare via via se ci si trovi in

presenza di disfagia lieve, media, grave, oppure assente. Il processo di valutazione considera vari aspetti:

- controllare la respirazione e le secrezioni bronchiali che si formano;
- controllare la postura;
- controllare la voce e l'uso del linguaggio;
- controllare il livello di attenzione e le capacità cognitive;
- controllare la gestione della saliva e dei residui orali e/o faringei.

C'è anche la possibilità di avvalersi di semplici questionari. Un esempio è dato dal test EAT-10, che consta di 10 domande. Tale test può essere compilato dai familiari, dal caregiver, dal personale assistenziale oppure dal paziente stesso e deve essere consegnato per valutazione al fisiatra.

Nel caso in cui vi sia un sospetto di disturbo da deglutizione in atto, se si ritiene opportuno si può procedere con delle valutazioni specifiche clinico-strumentali, completate da indagini strumentali come la **fibroendoscopia (FEES)** con prove di deglutizione di diverse consistenze di alimenti, o la **videofluoroscopia (VFS)** eventualmente associata ad un **esofagogramma con bario**.

La videofluoroscopia consente di vedere il movimento muscolare e il comportamento del bolo durante la deglutizione. In alternativa, è indicato l'uso della **laringoscopia indiretta**, che permette l'osservazione dell'orofaringe, dell'epiglottide e delle corde vocali. Tenuto conto delle capacità cognitive del paziente, del tipo e del grado di disfagia, della possibilità e dei tempi di recupero e dello stato nutrizionale, il fisiatra imposterà un programma di riabilitazione avvalendosi, nella maggior parte dei casi, della figura del logopedista e/o del fisioterapista. L'obiettivo è quello di insegnare al paziente esercizi o strategie che lo possano aiutare a coordinare i muscoli necessari per deglutire meglio. Il trat-

tamento riguarderà anche la dieta che sarà a consistenza modificata; in questo caso il fisiatra collaborerà con altre figure come quella del dietista e/o del nutrizionista. In alcuni casi, quando la deglutizione non risulta sufficientemente sicura ed efficace, una riflessione dovrà essere fatta dallo specialista circa la possibilità di ricorrere alla nutrizione artificiale: enterale per sonda (gastrica o intestinale) o parenterale (tramite catetere venoso). In ambedue i casi, va sottolineato che l'alimentazione artificiale è un insieme di trattamenti che, per essere eseguiti, vanno acconsentiti in maniera scritta dal paziente o da chi ne fa le veci. In ogni step, il confronto tra il fisiatra e il medico curante, ossia il medico che ha globalmente e costantemente in carico il paziente, dovrà essere continuo e produttivo, così come con gli altri membri del team e i familiari.

Il fisiatra si preoccuperà di compilare una apposita cartella (riabilitativa) dove riporterà la diagnosi medica e fisiatrica (funzionale), le diagnosi concomitanti (problematiche attive), la terapia farmacologica in atto, gli esami strumentali e le consulenze specialistiche richieste ed effettuate, lo stato di vigilanza, la collaborazione, l'eloquio, il controllo capo/tronco, lo stato della lingua, delle labbra, dei denti, della mandibola, del velo palatino, del riflesso faringeo e della presenza o meno di tosse volontaria, i risultati delle prove di deglutizione effettuate.

## ► **Trattamento**

Il progetto terapeutico merita multidisciplinarietà: dovrebbe essere redatto dall'équipe coinvolta nella gestione della persona, sotto la supervisione di un medico fisiatra di riferimento, o un medico affine o un medico equipollente. È molto importante rendere chiaro il concetto che la dieta consigliata dal fisiatra per la persona disfagica è una

dieta di necessità e non di scelta, così come le indicazioni di trattamento. La modalità di nutrizione consigliata può essere autonoma o con supervisione. In presenza di difficoltà di deglutizione è necessario elaborare i pasti in funzione delle caratteristiche reologiche degli alimenti (consistenza, scivolosità, coesione, omogeneità) sulla scorta delle indicazioni provenienti dalle valutazioni specialistiche, al fine di garantire la sicurezza del paziente, evitando il passaggio di cibo nelle vie respiratorie, il soffocamento, la malnutrizione e la disidratazione.

Al fine di rendere la situazione meno greve, oltre che mostrarsi empatico e disponibile all'ascolto e a chiarire eventuali dubbi, il medico fisiatra può fornire al paziente e a chi lo assiste in forma orale, e anche scritta, dei consigli di carattere generale e specifico. A seconda dei casi, si può fare ricorso a diverse tipologie di dieta: **semiliquida, semisolida oppure solida con alimenti a consistenza omogenea, morbidi, ad alta componente di coesione e di scivolosità.**

**Nel primo caso** il soggetto può assumere: creme, passato di verdure, frullati di frutta a maggior percentuale di liquido, omogenizzati di frutta, yogurt; **nel secondo caso**: polenta morbida, creme di farina, cereali, passati e frullati densi, omogenizzati di carne e pesce carni frullate preparate come gelatine, ricotta piemontese, formaggi cremosi, budini, mousse; **nel terzo caso** ci si può orientare verso: gnocchi di patate molto conditi, pasta ben cotta e ben condita (no ragù), pesce altamente pulito dalle lisce (sogliola, platessa, palombo, nasello), verdure cotte non filacciose, pere, banane, pesche mature. Altresì, di fronte ad una disfagia in graduale risoluzione, non va escluso il reinserimento di una dieta regolare.

Qualora durante i pasti si osservasse un peggioramento del quadro deglu-

torio o delle capacità di attenzione o voce gorgogliante, cambiamenti del tono di voce, frequenti attacchi di tosse, o nel caso si verificassero fenomeni di soffocamento, frequenti infezioni polmonari o presenza di catarro è necessario l'intervento del proprio curante, che prenderà le dovute e ponderate decisioni.

## ► **Conclusione**

La disfagia è una patologia che interessa un elevato numero di persone anziane. È importante imparare a conoscerla e gestirla con tecniche appropriate, per consentire un'alimentazione in sicurezza. Con questo articolo si è voluto fornire qualche conoscenza di base, utile nella pratica clinica e assistenziale per riconoscere, affrontare e prevenire gli eventi avversi, che possono verificarsi al momento del pasto in caso di difficoltà deglutitorie. È sicuramente importante che venga diffuso, come prassi, nelle strutture residenziali e a domicilio delle persone a rischio seguite in ADI, lo screening per una possibile disfagia. Nell'ottica di una presa in carico del paziente in senso olistico è auspicabile una maggiore sensibilità che porti tutti gli operatori sanitari ad affrontare anche questa sfida in maniera stimolante e motivante, più di quanto non lo sia stata sino ad oggi. Sicuramente la maggiore erudizione rispetto alla gestione del cibo e del momento del pasto da parte del personale medico, infermieristico e assistenziale può fare la differenza ed è d'uopo in una società che non intende curarsi solo di aggiungere anni alla vita ma anche vita agli anni.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone la bibliografia

# Malattia renale cronica tra complicanze e nuovi approcci terapeutici

La Mrc deve essere considerata una condizione con importanti ripercussioni sistemiche. Nell'ultimo decennio la ricerca farmacologica ha messo a disposizione diverse opzioni in grado di consentirne un rallentamento della progressione e una migliore gestione delle sue conseguenze

**S. Barbuto, M. Busutti, G. Cianciolo, G. Comai, G. La Manna**

*SC di Nefrologia, Dialisi e Trapianto, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Società Italiana di Nefrologia*

## ► Definizione

La Malattia renale cronica (Mrc) è definita come la presenza, di durata superiore ai tre mesi, di un'alterazione della funzione o della struttura renale. Le linee guida Kdigo definiscono affetti da Mrc tutti gli individui che, in almeno due rilevazioni a distanza di 90 giorni, presentino una velocità di filtrazione glomerulare (Vgf) minore di 60 ml/min o dei marcatori di danno renale (albuminuria, alterazioni del sedimento urinario, alterazioni elettrolitiche dovute a disturbi del tubulo renale, alterazioni istologiche o strutturali riscontrate a tecniche di imaging, storia di trapianto di rene)<sup>1</sup>.

Attualmente le due cause più frequenti di Mrc sono il diabete mellito di tipo II e l'ipertensione, a cui si associano le malattie cardiovascolari (es. scompenso cardiaco) e la sindrome metabolica (obesità e dislipidemia); tutte queste condizioni condividono con la Mrc numerosi fattori di rischio che, se adeguatamente controllati, possono ridurre il rischio di insorgenza o progressione della malattia. Oltre a tali condizioni possono indurre la comparsa della Mrc le glomerulonefriti o le patologie immunologiche con

interessamento renale (es. lupus), le malattie genetiche (rene policistico), le infezioni recidivanti di reni e vie urinarie e l'impiego di farmaci nefrotossici (Fans)<sup>5</sup>.

## ► Possibili complicanze

La Mrc non deve essere considerata una condizione patologica a sé stante ma una condizione con importanti ripercussioni sistemiche. Già negli stadi più precoci di malattia (Vgf <60 ml/min) si può

assistere alla comparsa, sebbene con una cronologia differente da paziente a paziente ed in funzione della malattia di base, di numerose complicanze (anemia, resistenza insulinica, aumento dello stato infiammatorio, alterazioni del metabolismo-calcio fosforo, alterazioni dell'omeostasi idro-elettrolitica e del pH) che amplificano il danno vascolare e metabolico generando una vera e propria sindrome sistemica<sup>6</sup> (tabella 1).

TABELLA 1

### Complicanze e terapie nella Mrc

Complicanze	Target di riferimento e terapia
<b>Ipertensione arteriosa</b>	Valori target di Pas < 120 mmHg Ace-i e sartani farmaci di prima scelta (Mmg/nefrologo)
<b>Anemia</b>	Valori target: Hb 11-12 g/dl Supplementazione marziale (Mmg/nefrologo) Terapia eritropoietinica (nefrologo)
<b>Alterazioni metabolismo calcio-fosforo</b>	Target Correzione deficit di vitamina D (Mmg/nefrologo) Attivatori del Vdr (nefrologo) Chelanti del fosforo (nefrologo) Calcimimetici (nefrologo)
<b>Omeostasi idrosalina e squilibri elettrolitici</b>	Dieta con contenuto di sodio < 2g/die (Mmg/nefrologo) Dieta ipoproteica, ipokaliemica e ipofosforemica (nefrologo/nutrizionista) Diuretici dell'ansa (Mmg/nefrologo) Chelanti del potassio (nefrologo) Supplementazione bicarbonato (nefrologo)

### ► Nuovi approcci terapeutici

Alla luce dell'impatto della Mrc sulla sanità pubblica in termini di costi umani ed economici, nell'ultimo decennio la ricerca scientifica ha prodotto numerosi farmaci, alcuni in fase di introduzione nella pratica clinica, in grado di rallentare la progressione della Mrc.

Considerando l'importanza dell'iperfiltrazione nei meccanismi fisiopatologici coinvolti nella progressione del danno renale, tali farmaci esplicano il loro meccanismo di azione riducendo l'iperfiltrazione a diversi livelli e conseguentemente riducendo la proteinuria, marker riconosciuto del danno renale.

Storicamente, i primi farmaci utilizzati a tale scopo sono stati gli inibitori del sistema renina-angiotensina-aldosterone. L'effetto nefroprotettivo e antiproteinurico degli Ace-inibitori e degli antagonisti del recettore dell'angiotensina II (sartani) sono stati valutati per la prima volta negli studi Rein (ramipril)<sup>7</sup> e Renaal (losartan)<sup>8</sup> che hanno dimostrato come il trattamento con queste classi di farmaci apportasse un beneficio clinico nei pazienti affetti da nefropatia proteinurica diabetica e non. Questa classe di farmaci esercita un effetto nefroprotettivo sia attraverso la riduzione della pressione arteriosa sia attraverso la riduzione dell'iperfiltrazione glomerulare grazie alla loro azione esercitata a livello dell'arteriola afferente (Ace-inibitori) ed efferente (sartani)<sup>9</sup>.

Inoltre, diverse evidenze suggeriscono che l'aldosterone, prodotto finale del Ras, contribuisce ai meccanismi di danno renale e progressione della Mrc. Diversi studi hanno recentemente dimostrato come l'utilizzo degli antagonisti dell'aldosterone (spironolattone ed eplerenone, Mra) è in grado di rallentare la progressione

della Mrc attraverso la riduzione della proteinuria e grazie alle capacità antifibrotiche e di riduzione dello stress ossidativo. Questi farmaci hanno inoltre un ruolo importante nella riduzione dell'ipertrofia del ventricolo sinistro svolgendo pertanto anche un'azione cardioprotettiva<sup>10</sup>.

Gli effetti collaterali più frequenti di questi farmaci sono l'iperkaliemia e la riduzione della Vfg. Per quanto riguarda l'iperkaliemia, al fine di non ridurre l'efficacia della terapia minimizzando i dosaggi, sono stati di recente introdotti dei nuovi farmaci, chelanti del potassio a scambio ionico, capaci di ridurre i livelli di potassio e che possono essere utilizzati nei pazienti nefropatici e cardiopatici al fine di poter massimizzare le terapie cardio e nefroprotettive senza correre il rischio dell'iperkaliemia<sup>11</sup>. La riduzione della Vfg invece, nel caso di terapie con inibitori del Ras, può essere considerata una conseguenza fisiopatologica della terapia e non deve essere causa di adattamento del dosaggio a meno che non vi sia una riduzione sostanziale (>30%), che può essere suggestiva della presenza di una stenosi dell'arteria renale.

Come già introdotto precedentemente, la Mrc condivide con il diabete e le patologie cardiovascolari numerosi fattori di rischio, tra cui l'obesità, l'iperinsulinismo e l'infiammazione cronica. Il danno renale alla base dell'obesità e del diabete può essere ricondotto all'aumentato riassorbimento di sodio e glucosio a livello tubulare che a sua volta si traduce in una riduzione del trasporto del sodio a livello della macula densa e a una diminuzione della resistenza dell'arteriola afferente (inibizione del feedback glomerulo-tubulare)<sup>12</sup>. Gli inibitori del Sglt2 (Sglt2i), riattivando il feedback glomerulo-tubulare, ristabiliscono una normale

emodinamica glomerulare riducendo l'iperfiltrazione e la proteinuria<sup>13</sup>. I numerosi studi pubblicati negli ultimi anni hanno dimostrato come questi farmaci, oltre all'effetto ipoglicemizzante e protettivo nella nefropatia diabetica, abbiano un'enorme azione cardio e nefroprotettiva anche nel paziente con nefropatia proteinurica non diabetica. Le classi di farmaci sopradescritte (inibitori del Ras, antagonisti dell'aldosterone e Sglt2i), in associazione ai beta bloccanti e al sacubitril-valsartan, costituiscono i pilastri fondamentali della terapia dello scompenso cardiaco a frazione di eiezione ridotta e conservata; pertanto, tale approccio terapeutico rappresenta la principale motivazione alla frequente condivisione tra nefrologo, cardiologo e Mmg di questi pazienti.

### BIBLIOGRAFIA

1. Levey AS, et al. *Kidney Int* 2005; 67: 2089-100.
2. KDIGO CKD Work Group. *Kidney Int Suppl* 2013; 3: 1-150.
3. Documento di indirizzo della malattia renale cronica. A cura del Ministero della Salute, 2014
4. PDTA sulla gestione della malattia renale cronica, regione Emilia Romagna. 2019
5. Webster AC, et al. *Lancet* 2017; 389: 1238-52.
6. Thomas R, et al. *Prim Care* 2008; 35: 329-44.
7. The GISEN Group. *Lancet* 1997; 349: 1857-63.
8. Brenner BM, et al; RENAAL Study Investigators. *N Engl J Med* 2001; 345: 861-9.
9. Ruggenenti P, et al. *J Am Soc Nephrol* 2012; 23: 1917-28.
10. Barrera-Chimal J, et al. *Nat Rev Nephrol* 2022; 18: 56-70.
11. Palmer BF, et al. *Mayo Clin Proc* 2021; 96: 744-62.
12. Tonneijck L, et al. *J Am Soc Nephrol* 2017; 28: 1023-39.
13. Alicic RZ, et al. *Am J Kidney Dis* 2018; 72: 267-27.
14. van der Aart-van der Beek AB, et al. *Nat Rev Nephrol* 2022; 18: 294-306.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone l'articolo in versione estesa

# Il fotografo che cattura le emozioni di chi ridona vita

Gioia, tensione, sconforto o stanchezza: Paolo Liaci ci racconta storie di trapianti attraverso scatti in sala operatoria che svelano gli stati d'animo dei professionisti

Nicola Miglino

**E** ntrare in sala operatoria mentre si esegue un trapianto di rene o di cuore per fissare, con un obiettivo, le emozioni di chi sta ridando la vita. È lo straordinario lavoro, documentato in esclusiva da M.D. Medicinae Doctor, di Paolo Liaci, fotografo esperto di "volti della salute", che di recente, a Milano, ha presentato le sue ultime "istantanee" con due

luminari dei trapianti in Italia: Claudio Russo, direttore Uoc di Cardiocirurgia e trapianto di cuore, Ospedale Niguarda di Milano e Mariano Ferrareso, direttore Uoc Chirurgia generale - Trapianti di rene, Ospedale Maggiore-Policlinico, Fondazione Ca' Granda Irccs - Milano.

"Spesso un fotografo che come me ha affrontato tante realtà, mondi della

solidarietà, viaggi e reportage a tutto tondo, cerca nuove strade, percorsi sconosciuti", dice Liaci. "La volontà profonda è quella di trasmettere e comunicare il forse "Inguardabile", spazi e dinamiche difficili da affrontare ma importanti da far conoscere. In sala operatoria si respira un mix di tensione e grande professionalità. Chirurghi, strumentisti, anestesisti e opera-

## "Obiettivo" salute e non solo

Paolo Liaci (foto in basso a destra) è un fotografo milanese attivo in campo internazionale, autore di importanti mostre multimediali e interdisciplinari, che hanno trovato ampio riscontro di critica e pubblico. Sebbene abbia realizzato molti servizi in Italia e all'estero come fotoreporter, Milano è sempre stata il suo soggetto preferito: i suoi monumenti, gli scorci, le persone che ci vivono e che vi lavorano. Molti i volumi e le mostre dedicate alla città. Negli ultimi anni, affascinato dal mondo della medicina, ha realizzato reportage fotografici e documentari all'interno dei reparti ospedalieri e nelle sale operatorie degli ospedali milanesi, a stretto contatto con i degenti e il personale sanitario. Il suo grande interesse per il sociale lo ha portato a compiere viaggi fotografici nel mondo della disabilità e tra le persone senza fissa dimora, con immagini di grande impatto emotivo che raccontano da vicino il cuore più autentico e solidale di Milano.



Insignito dell'Ambrogino d'oro nel 2019, benemerita civica della Città di Milano, ha raccolto molte delle sue immagini realizzate in ospedale in due libri: *La donazione è luce - Storie e racconti tra il donatore e il ricevente - Policlinico di Milano*, realizzato insieme a Mariano Ferrareso e *"90 anni di intensità- Novantesimo anniversario dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano"*.





*Claudio Russo, con un cuore artificiale tra le dita*

tori sanitari sono in costante attenzione e non esiste un attimo di pensiero in un altrove, tutto è totale, tutto è per il paziente e per il successo dell'intervento. Io, il fotografo, altrettanto teso e concentrato, mi devo muovere con

estrema attenzione e, nel cercare inquadrature particolari, ho l'altro occhio, quello che non è nel mirino della macchina fotografica, che spazia nel vedere oltre con la massima attenzione per non essere di intralcio".

Il ricordo più vivo? "Tra i tanti, da poterci scrivere un libro, uno in particolare", dice Liaci. "La storia di una mamma che, in sala risveglio, ha risposto "ma figurati" al figlio che la ringraziava per avergli appena donato un rene".

## LA MIA SALA OPERATORIA



**Mariano Ferraresso**

*Uoc Chirurgia generale - Trapianti di rene,  
Ospedale Maggiore-Policlinico,  
Fondazione Ca' Granda Irccs, Milano*

### Il "Sancta Sanctorum" della Disciplina

Per tutti, la sala operatoria è un luogo dove succedono delle cose, per la maggior parte cruenta, con il fine ultimo di portare salute. Ma tutto ciò è molto riduttivo e non renderebbe giustizia a chi, in sala operatoria, trascorre gran parte del suo tempo. Se la sala operatoria è il traguardo per tutti i pazienti al termine di lunghe trafale, per noi chirurghi è la linea di partenza dove inizia quella traiettoria perfetta da percorrere tutta d'un fiato prima di spiccare il salto e superare l'asticella. La sala operatoria è il "Sancta Sanctorum" della Disciplina, dove i pochi ammessi seguono riti antichi e a volte scaramantici, certamente irrazionali ma efficaci nel portare la concentrazione allo zenit per ottenere il risultato sperato. La sala operatoria è anche il luogo dell'intimità, dove ognuno svela i suoi lati inaspettati specialmente nei momenti topici di un intervento e dove si cementano alleanze e si rinforzano complicità che creano l'*équipe* affiatate in grado di dare sempre il meglio specie nell'imprevisto. La sala operatoria è il quadro che tutti i chirurghi vorrebbero dipingere, dove non impiegare tonalità fredde o cupe e dove le pennellate sono ben distinte e i tratti lievi. La sala operatoria è la foto che tutti noi chirurghi vorremmo scattare, dove immortalare le infinite emozioni che lì aleggiano: gioia, tensione, rabbia, paura, sconforto o stanchezza e che solo una mano esperta riesce a riassumere e a catturare. (M.F.)

### Come in un'orchestra

In camera operatoria tutto è ordinato e protocollato. Il chirurgo in particolare deve seguire passaggi rigorosi, quasi rituali, sin da quando comincia, lavandosi le mani; quindi, per come si veste e come si avvicina al malato addormentato sul letto operatorio. La perfetta integrazione delle *équipe* medica e infermieristica e la sincronia durante le fasi dell'intervento sono indispensabili: come in una orchestra, ogni componente deve seguire un rigido "spartito", sotto la direzione del primo responsabile. L'intervento chirurgico si fonda su solide basi di tipo culturale, tecnico e tecnologico di tutta l'*équipe*: la formazione medico-infermieristica, il supporto di tecnologie sempre più avanzate completate dalla indispensabile "abilità manuale" del chirurgo. In cardiocirurgia, in particolare, l'impiego della macchina cuore-polmoni permette di "fermare" e operare il cuore o addirittura sostituirlo, come avviene in caso di trapianto. In camera operatoria anche il rapporto medico-paziente è particolare. Il paziente, se addormentato, non può più interagire attivamente con l'*équipe* e si affida con fiducia estrema al chirurgo e alla squadra, dopo aver espresso i timori per un intervento che viola l'integrità del suo corpo, ma in cui ha riposto la speranza di risolvere la malattia. Di questi sentimenti si fa emotivamente carico tutta l'*équipe* che avverte, da un lato, il peso e la responsabilità verso il paziente e, dall'altro, la percezione di contribuire a prolungargli la vita e migliorarne la qualità. È questo il vero sentimento che anima, in fondo, l'attività della camera operatoria, rappresentando la parte più nobile e affascinante del nostro lavoro quotidiano. (C.R.)



**Claudio Russo**

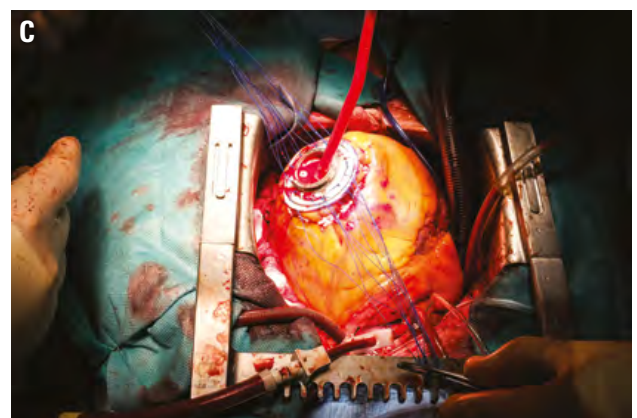
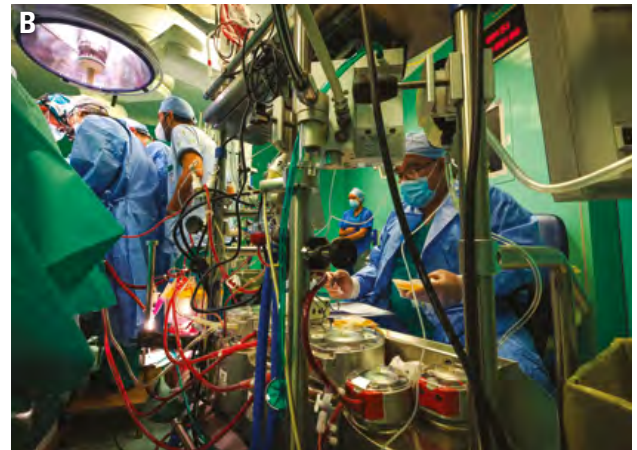
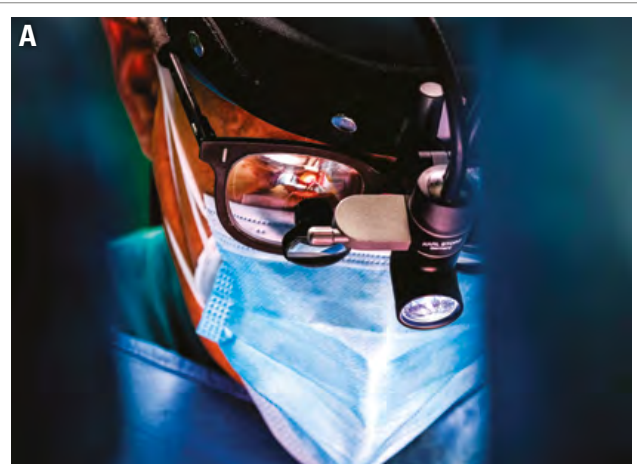
*Direttore Uoc di Cardiocirurgia e trapianto di cuore, Ospedale Niguarda di Milano*



A. Un'auto della Polizia di Stato organizza rapidamente il trasporto del rene da trapiantare.

B. L'équipe chirurgica mostra l'organo che sta per essere trasferito al ricevente.

C. Il capo-squadra, Mariano Ferraresso, ripassa con la mente gli attimi più intensi dell'intervento appena terminato.



A. Lo sguardo fisso di Claudio Russo (A) sul tavolo operatorio, in attesa dell'impianto del cuore artificiale, soluzione-ponte per pazienti con cardiomiopatia avanzata ma senza ancora un organo disponibile per il trapianto.

B. Macchina cuore-polmone a pieno regime durante l'intervento.

C. Cuore artificiale: una delle fasi dell'intervento di impianto.



# Aggiornate le linee guida ESH per l'ipertensione arteriosa

L'edizione 2023 del congresso dell'European Society of Hypertension (ESH), che si è svolto a Milano, ha fatto da cornice alla pubblicazione delle nuove linee guida per la gestione dell'ipertensione arteriosa

Elisabetta Torretta

// Questa nuova versione delle linee guida - ha esordito il professor **Giuseppe Mancia** (Università di Milano-Bicocca) - è molto più ponderosa delle precedenti in quanto affronta numerosi nuovi aspetti e raccoglie descrizione e raccomandazioni di molte comorbidità frequentemente associate all'ipertensione e che possono condizionarne la terapia e la gestione da parte del medico" (Hypertension 2023; Doi: 10.1097/HJH.0000000000003480).

Le principali novità riguardano sia l'ambito diagnostico che quello terapeutico. Nel primo caso sono stati presi in considerazione molti più fattori di rischio per la valutazione del rischio globale rispetto al passato, includendo l'inquinamento atmosferico, le pregresse gravidanze, l'immigrazione, includendo quindi nella valutazione del paziente caratteristiche aggiuntive.

"Elementi fondanti della diagnostica - dice ancora Mancia - sono invece la valutazione del danno d'organo subclinico, asintomatico, poco considerato dai precedenti algoritmi di quantificazione del rischio, ma che il nostro studio Pamela, in essere da 30 anni, indica essere presente nel 40% dei pazienti ipertesi".

Il problema di quando iniziare una terapia e di quale target si deve ottenere è sempre stata una questione complessa da risolvere, perché gli studi non sono tantissimi, i risultati non sono univoci e quindi le linee guida non sono

state in grado di fornire indicazioni certe. Di certo la prima misura riguarda lo stile di vita, da correggere a prescindere dai valori pressori del soggetto, con interventi su esercizio fisico e perdita di peso. "Un aspetto che un recente studio apparso sul New England Journal of Medicine ha portato ad aprire un dibattito - precisa ancora Mancia - è quello relativo alla quantità di sale, che se ridotta al di sotto dei 5 g comporterebbe un aumento della mortalità. Ciò sta creando numerose polemiche tra i fautori del 'meno sale è meglio' e chi invece appoggia i nuovi dati. In assenza di studi conclusivi sull'associazione tra sale e rischio cardiovascolare sappiamo che l'eccesso di sale fa sicuramente male, ma non sappiamo fino a dove scendere con le quantità desiderabili, tenendo presente che il sale è un elemento fondamentale per molte funzioni dell'organismo".

La soglia per iniziare la terapia rimane invariata (PAS  $\geq 140$  mmHg o PAD  $\geq 90$  mmHg), con l'obiettivo di arrivare a valori  $< 130/80$  mmHg se il paziente tollera bene il trattamento perché questo ulteriore decremento aumenta la protezione.

"Obiettivi che però devono tenere presente delle specifiche condizioni del paziente - precisa ancora Mancia - perché nel caso di soggetti con più di 80 anni l'obiettivo è piuttosto quello di mantenere una PAS  $< 160$  mmHg, cercando laddove possibile per condizioni

di tollerabilità, di raggiungere valori  $< 140$  mmHg. Ma nel caso di pregressi eventi CV la strategia deve essere più aggressiva e cercare di portare la PAS  $< 130$  mmHg. Per quanto riguarda la scelta della specifica terapia tra la classi di farmaci rimane invariata la scelta di una terapia di combinazione di 2 o 3 principi attivi, come già raccomandato nell'edizione 2018 che però, nella pratica clinica, è prassi sovente disattesa". Un consiglio esplicito riguarda l'uso di beta-bloccanti come terapia farmacologica antipertensiva iniziale, la considerazione della denervazione renale come additiva o alternativa all'aumento del farmaco nei paziente con ipertensione resistente incontrollata, un nuovo approccio semplificato al farmaco antipertensivo nel trattamento nei paziente con scompenso cardiaco, una serie più dettagliata di raccomandazioni per la gestione dei pazienti con malattia renale cronica, incluso l'uso di inibitori SGLT-2 e dell'antagonista mineralcorticoide non steroideo finerenone, le raccomandazioni per una terapia antipertensiva per la prevenzione del declino cognitivo e la progressione verso la demenza.



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



# NUTRIENTI e SUPPLEMENTI

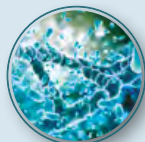
INFORMAZIONE QUALIFICATA DA FONTI QUALIFICATE



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



## EFFETTI DI OMEGA-3 E OMEGA-6 SUL METABOLISMO GLUCIDICO



## PROBIOTICI E DECLINO COGNITIVO: CRESCONO LE EVIDENZE DI NEUROPROTEZIONE



## DIETA, ECCO I SEI GRUPPI DI ALIMENTI SCUDO PER CUORE E VASI

## Effetti di Omega-3 e Omega-6 sul metabolismo glucidico

Il Lo squilibrio tra acidi grassi **Omega-3** e **Omega-6** nella moderna dieta occidentale sembra essere uno degli elementi chiave in grado di spiegare il marcato aumento dell'incidenza delle malattie metaboliche, come il diabete mellito, negli ultimi 30 anni.

Una recente review, pubblicata sul numero speciale "Effects of diet on carbohydrate and lipid metabolism" della rivista *Nutrients*, ha voluto fare chiarezza sul tema attraverso un'analisi dettagliata della letteratura disponibile. A parlarne, **Filippo Egalini**, della divisione di Endocrinologia, Diabete e Metabolismo presso il dipartimento di Scienze mediche dell'Università di Torino.

### ► Dr. Egalini, da quali premesse nasce l'idea dello studio?

La nostra review nasce innanzitutto dai dati epidemiologici di ridotta incidenza di diabete mellito in popolazioni con

elevato consumo di pesce e, dunque, di acidi grassi Omega-3. Eravamo, inoltre, a conoscenza di dati importanti riguardo un possibile effetto benefico dell'**acido linoleico**, appartenente alla classe degli acidi grassi Omega-6, sul metabolismo glucidico. A causa dei cambiamenti dietetici a cui abbiamo assistito negli ultimi decenni, con un maggior consumo di oli vegetali Omega-6 e ridotto apporto di pesce, il rapporto tra la concentrazione ematica umana di Omega-3 ed Omega-6 è sceso in maniera considerevole.

### ► Qual era il vostro obiettivo?

L'obiettivo era quello di effettuare un'analisi approfondita e aggiornata della letteratura riguardo un possibile effetto degli acidi grassi Omega-3 e Omega-6 su metabolismo glucidico. Inoltre, volevamo verificare l'esistenza di un ruolo del **rapporto tra le due classi** di molecole in questo contesto.



► **Che tipo di studi avete incluso nella review?**

Siamo partiti dai **dati epidemiologici**, includendo alcuni studi di popolazione composti da un numero variabile di soggetti. Successivamente abbiamo analizzato gli **studi pre-clinici**, generalmente piccoli studi su un numero limitato di cavie, che andavano ad analizzare aspetti molto specifici della fisiopatologia degli acidi grassi sul metabolismo glucidico. Infine, abbiamo considerato gli **studi clinici**, includendo grosse metanalisi, dove disponibili, oppure studi con numerosità campionarie sufficienti per raggiungere significatività statistica sui vari aspetti che volevamo analizzare.

► **Quali risultati sono emersi?**

È emerso un ruolo non univoco e molto complesso degli acidi grassi Omega-6, con evidenza di buona qualità a favore di un effetto protettivo dell'**acido linoleico** nei confronti del diabete mellito, ma con dati altrettanto convincenti di un ruolo deleterio dell'**acido arachidonico**, anch'esso acido grasso Omega-6, sintetizzato a partire

dell'acido linoleico. Per quanto riguarda gli acidi grassi Omega-3, i risultati sono discordanti, anche a causa dell'enorme eterogeneità tra gli studi in termini di fonte dell'alimento, numerosità campionaria, etnia dei partecipanti, durata dello studio e persino il metodo di cottura del cibo. **I risultati più convincenti riguardano il rapporto tra acido eicosapentaenoico o Epa, appartenente agli acidi grassi Omega-3, e acido arachidonico.** Con la riduzione di questo rapporto si va incontro a un aumentato rischio protrombotico, proinfiammatorio e d'insulino-resistenza.

► **Quali conclusioni se ne possono trarre?**

Dai dati della letteratura emerge ancora molta incertezza riguardo il ruolo degli acidi grassi Omega-3 e Omega-6 sul metabolismo glucidico. **Appare promettente il ruolo del rapporto Epa/acido arachidonico**, in quanto una sua netta riduzione è associata a iperglicemia. Non è ancora noto come e se incrementare questo rapporto, alla luce del possibile ruolo benefico dell'acido linoleico, che viene poi metabolizzato in acido arachidonico. Inoltre, rimane non definito l'effetto dell'acido docosaesanoico - Dha, comunemente riscontrato sia nei supplementi farmacologici di Omega-3 insieme ad Epa, sia nel pesce marino. **Sono necessari sicuramente ulteriori studi randomizzati controllati** per verificare e riprodurre i risultati precedentemente discussi del rapporto Epa/acido arachidonico sul metabolismo glucidico e per poterci esprimere circa eventuali implicazioni pratiche per i pazienti.

Fonte: *Nutrients* 2023, 15(12), 2672

## Probiotici e declino cognitivo: crescono le evidenze di neuroprotezione

■ I risultati di un *nuovo studio* presentati al recente congresso dell'**American society of nutrition**, svoltosi lo scorso luglio a Boston, suggeriscono che l'assunzione di **probiotici** potrebbe aiutare a prevenire il declino cognitivo legato all'invecchiamento.

Una ricerca, sottolineano gli Autori, in grado di aprire la strada a nuovi trattamenti non invasivi che sfruttino il microbiota intestinale per mitigare effetti degenerativi a livello cerebrale.

Lo studio ha coinvolto 169 partecipanti di età compresa tra 52 e 75 anni, divisi in due gruppi a seconda che presentassero o meno problemi neurologici o lieve deterioramento cognitivo, ricevendo il probiotico **Lactobacillus rhamnosus GG** (LGG) o un placebo in uno studio clinico randomizzato in doppio cieco della durata di tre mesi. I ricercatori hanno selezionato il probiotico LGG perché ricerche precedenti ne avevano dimostrato potenziali benefici in modelli animali.

Per studiare la popolazione microbica intestinale, è stato utilizzato il sequenziamento del gene 16S rRna, marcando così i batteri presenti nei campioni di feci.

L'analisi ha rivelato che i microbi del genere **Prevotella** erano presenti in maggiore abbondanza nei partecipanti con deterioramento cognitivo lieve, suggerendo che la composizione del microbiota intestinale potrebbe fungere da indicatore di lieve neurodegenerazione, offrendo opportunità per interventi precoci.

Nei partecipanti con lieve deterioramento cognitivo che avevano ricevuto LGG, l'abbondanza relativa di Prevotella era diminuita. Questo cambiamento ha coinciso con un **miglioramento dei punteggi cognitivi**.

“Le implicazioni di questa scoperta sono degne di grande interesse, poiché significa che la modifica del microbiota intestinale attraverso i probiotici potrebbe potenzialmente essere una strategia per migliorare le prestazioni cognitive, in particolare negli individui con deterioramento cognitivo lieve”, sottolinea **Mashaal Aljumaah**, microbiologo presso l'University of North Carolina at Chapel Hill and North Carolina State University. “Ciò aggiunge un nuovo tassello allo studio dell'asse intestino-cervello e apre nuove strade per combattere il declino cognitivo associato all'invecchiamento. Molti studi si concentrano su forme gravi di malattie cognitive come l'**Alzheimer e la demenza**, ma queste condizioni sono più avanzate, il che le rende molto più difficili da trattare. Al contrario, interventi in



fase precoce potrebbero rallentare o prevenire la progressione verso forme più gravi di demenza. Se questi risultati verranno confermati in studi futuri, interventi sul microbiota intestinale potranno essere considerati come nuovo approccio per supportare la salute cognitiva”.

I ricercatori sono ora al lavoro per comprendere i meccanismi specifici con cui i microbi come la *Prevotella* influenzano l'asse intestino-cervello. Nello specifico, stanno esplorando il modo in cui alcune molecole prodotte da questi batteri modulano la funzionalità degli ormoni neuroprotettivi che possono attraversare la **barriera emato-encefalica**.

Fonte: Nutrition 2023, Boston, 22-25 luglio

## Dieta, ecco i sei gruppi di alimenti scudo per cuore e vasi

■ Le diete che privilegiano **frutta, verdura, latticini (preferibilmente non scremati), frutta secca, legumi e pesce** sono associate a un minor rischio di malattie cardiovascolari e morte prematura in tutte le regioni del mondo. Queste le conclusioni di *uno studio pubblicato di recente sull'European heart journal*.

A parlarcene, **Andrea Poli**, presidente di *Nutrition Foundation of Italy*.

► **Dr. Poli, ci illustra che tipo di analisi è stata condotta?**

Lo studio ha esaminato gli effetti di salute della dieta in **147.642 persone** che vivono in 21 paesi distribuiti in tut-

to il mondo. Gli autori hanno creato un **nuovo semplice punteggio dietetico**, basato sui consumi di sei gruppi di alimenti favorevolmente associati alla longevità secondo gli studi in letteratura: frutta, verdura, legumi, frutta secca, pesce, latte e derivati. Tale criterio assegna un punto per l'assunzione di ciascun alimento al di sopra della mediana del gruppo di riferimento e un punteggio 0 per l'assunzione pari o inferiore alla mediana: il cosiddetto **Pure healthy diet score**. Hanno poi esaminato le associazioni del punteggio così ottenuto con la mortalità, l'infarto del miocardio, l'ictus e le malattie cardiovascolari totali.

### ► Quali risultati si sono osservati?

Il numero degli eventi osservati è molto alto, e ciò conferisce ovviamente molta solidità alle osservazioni degli autori: durante il follow-up, durato in media circa 9 anni, si sono infatti verificati **15.707 decessi e 40.764 eventi cardiovascolari**. Rispetto alla dieta con punteggio Pure  $\leq 1$ , la meno favorevole, quella con punteggio  $\geq 5$ , che è invece la più favorevole, si associava a un rischio ridotto del 30% di morte per qualunque causa, del 18% di eventi cardiovascolari, del 14% di infarto miocardico e del 19% di ictus.

### ► Qual è la proposta dietetica che emerge dallo studio?

Il messaggio di Pure, ovvero consumare almeno quattro-cinque porzioni di frutta e verdura e una porzione di frutta secca al giorno, più 2-3 porzioni di pesce alla settimana, 14 porzioni di derivati del latte e 3-4 porzioni di legumi, sempre su base settimanale, può sembrare scontato, quasi banale, ma è invece **fortemente innovativo**. Porta alle estreme conseguenze il concetto della nutrizione positiva, che emergeva già con chiarezza dello studio del *Global burden of disease* e, cioè, che dobbiamo preoccuparci prevalentemente, e forse quasi esclusivamente, degli alimenti che consumiamo in quantità insufficiente, abbandonando per esempio la focalizzazione sull'eccessivo consumo di **grassi saturi** che, sia gli autori e sia l'editoriale di accompagnamento di Mozaffarian



dicono con grande chiarezza, rappresentano probabilmente un **falso obiettivo** della prevenzione. Secondo gli autori, la dieta Pure correla, infatti, con la riduzione degli eventi meglio di tutti gli altri pattern dietetici considerati, che prestano molta attenzione anche agli alimenti da consumare meno di quanto facciamo adesso: la **Dash**, la **Hei**, basata sulle linee guida americane e la **Planetary health**, che non correlerebbe in alcun modo con gli eventi clinici in questo studio, confermando l'impressione che forse presta più attenzione all'ambiente che alla salute delle persone.

### ► C'è una sorta di riabilitazione dei latticini?

Il lavoro continua il processo di revisione degli effetti nutrizionali dei derivati del latte che in realtà è in corso ormai da alcuni anni. Il contenuto di grassi degli alimenti, come già ricordavo precedentemente, è stato per lungo tempo al centro dell'attenzione del pubblico, dell'industria alimentare e dei governi, con raccomandazioni focalizzate soprattutto sulla **riduzione dei grassi saturi**. Pure, invece, osserva che due porzioni al giorno di latticini, meglio se interi e, cioè, non a ridotto tenore di grassi, devono essere parte di una dieta salubre. Gli studi più recenti dimostrano infatti che i latticini stessi, specie se interi, possono proteggere dall'ipertensione e dalla sindrome metabolica.

### ► Cosa possiamo concludere, a suo giudizio?

In un *editoriale di accompagnamento*, **Dariush Mozaffarian** afferma che i nuovi risultati di Pure richiedono una rivalutazione delle attuali linee guida, che tuttora suggeriscono senza esitazione di evitare i latticini interi. È tempo, dice Mozaffarian, che le **linee guida nutrizionali nazionali**, le innovazioni del settore privato, la politica fiscale del governo e gli incentivi agricoli, le politiche di approvvigionamento alimentare, l'etichettatura e altre priorità normative e gli interventi sanitari relativi all'alimentazione siano basate sulla scienza. Difficile dargli torto.

Fonte: *European Heart Journal*, Volume 44, Issue 28, 21 July 2023, Pages 2560–2579

**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)