

M.D.

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

Anno XXVI, numero 7 - 2019

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

IN QUESTO NUMERO

FOCUS ON

6

Fimmg: “Siamo pronti a rispondere alle sfide della cronicità”

PROSPETTIVE

14

Il medico di famiglia e la trasmissione delle cartelle computerizzate a fine carriera

RASSEGNA

30

Salute: sono i maschi il sesso debole



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

FNOMCeO



Emanuele Vinci

Coordinatore Gruppo di Lavoro Professione, Salute, Ambiente e Sviluppo economico della FNOMCeO

Salute, determinanti socio-ambientali e ruolo dei medici del territorio

M.D.

MEDICINAE DOCTOR

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXVI numero 7 ottobre 2019

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

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Pubblicità

Teresa Premoli
Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

In questo numero

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
Salute, determinanti socio-ambientali e ruolo dei medici del territorio 5
- **Focus on**
"Siamo pronti a rispondere alle sfide della cronicità" 6
- **Riflettori**
No a modelli unici per l'organizzazione delle cure primarie 8
- **Note stonate**
La Medicina Generale è forse arrivata all'ultima cena? 10
- **Prospettive**
Il medico di famiglia e la trasmissione delle cartelle computerizzate a fine carriera 14
- **Professione**
Inaccettabili gli algoritmi che governano le cure e monitorano i pazienti 17
- **Contrappunto**
C'è una questione femminile anche nel mondo medico 18
- **Italia sanità**
 - La Medicina Generale pugliese fa scuola alle Nazioni Unite 20
 - Como: specialisti ospedalieri e medici del territorio si mettono in rete 21
- **Osservatorio**
Una Scuola per la Salute che unisce medici e altri professionisti 22

AGGIORNAMENTI

- **Cardiologia**
Fibrillazione atriale, la prevenzione è la vera sfida 24
- **Epatologia**
Barriere intestinali e sviluppo della steatoepatite non alcolica 25
- **Ginecologia**
Atrofia vulvo-vaginale, ruolo del DEHA ad azione locale 26
- **Infettivologia**
Infezioni resistenti: come affrontare l'emergenza 27
- **Malattie del metabolismo minerale e osseo**
Calcio e scienza delle costruzioni del sistema scheletrico 28
- **Virologia**
Previsioni per la nuova stagione influenzale 2019-2020 29

CLINICA E TERAPIA

- **Rassegna**
Maschi, maschi, maschi 30
- **Ricerca**
Aderenza alla terapia e inerzia terapeutica: i dati lombardi real life 33
- **Pratica medica**
Mielopatia? No, è un disturbo di conversione 34
- **Farmacologia**
Assunzione di farmaci: tempistica e rapporti con gli alimenti 36
- **Rapporto medico-paziente**
Incertezza in medicina e interazione con il paziente 38
- **Farmacii**
ASA in prevenzione primaria nel diabetico 40
- **Rassegna da Nutrienti e Supplementi** 43

Salute, determinanti socio-ambientali e ruolo dei medici del territorio

“ Occorre porre l’attenzione sui determinanti socio - ambientali della salute, che sono all’origine delle gravi disuguaglianze di salute tra le persone e le popolazioni”. Ne è convinto **Emanuele Vinci** Coordinatore Gruppo di Lavoro Professione, Salute, Ambiente e Sviluppo economico della FNOMCeO.

Nell’intervista rilasciata a *M.D. Medicinae Doctor*, durante il Corso di aggiornamento Ecm, svoltosi di recente a Genova sulla Salute Globale, ha ribadito questo concetto, sottolineando l’importanza del ruolo che possono svolgere in tal senso i medici e in particolare i medici di medicina generale e i pediatri.

Per Vinci la professione medica è chiamata a mutare paradigma, passando da un approccio biomedico, basato sulla diagnosi e sulla terapia, ad uno orientato alla promozione della salute.

È evidenza acquisita che tutte le specie viventi, vegetali e animali, sono il risultato dell’interazione tra il loro specifico genoma e l’ambiente in cui vivono. Lo stato di salute di ogni individuo è quindi fortemente influenzato da cosa mangia, da dove vive, dal lavoro che fa, dal livello di alfabetizzazione, cioè dai cosiddetti determinanti ambientali e sociali.

“È importante tenere presente - precisa Vinci - che i determinanti della salute non sono solo legati a fattori individuali e agli stili di vita, ma anche ai determinanti ambientali e sociali. Il medico quindi deve mutare paradigma e diventare protagonista di una nuova fase della cultura della salute capace di declinarne la complessità. In altre parole, è necessario poter valutare l’esposizione al rischio e quindi spostare l’attenzione dei sistemi di sorveglianza ai primi sintomi della malattia. Bisogna superare gli attuali sistemi basati sulla valutazione del danno sanitario con il conteggio di morti e feriti (registri di morte, di tumori e di patologie, schede di dimissioni ospedaliere) e passare ad una valutazione preventiva di impatto sulla salute dei fattori clima-alteranti, inquinanti ambientali e socio-economici. Questa è la scommessa su cui si sta attivamente impegnando la FNOMCeO”.

“Per attuare ciò - aggiunge - è innanzitutto necessario l’impegno dei medici del territorio, medici di famiglia e pediatri in particolare, il cui esercizio professionale si basa sulla continuità di relazione e conoscenza dei propri assistiti e del territorio in cui operano”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Emanuele Vinci

“Siamo pronti a rispondere alle sfide della cronicità”

È il messaggio forte e chiaro lanciato alla fine dei lavori del 76° Congresso della Fimmg dal segretario generale Silvestro Scotti. La modifica dello Statuto che apre ai giovani medici e la proposta dei microteam per Scotti sono forieri di una nuova stagione che valorizzerà ancor più la Medicina Generale. Per la realizzazione dei microteam si chiede di poter contare su personale assistente scelto tra i beneficiari del reddito di cittadinanza e sull'IVA ridotta al 4% per l'acquisto di macchinari di piccola diagnostica, con cui dotare gli studi dei medici di famiglia

Il 76° Congresso Nazionale Fimmg quest'anno ha guardato in modo particolare ai temi della prossimità e dell'organizzazione delle cure, delineando il quadro della “Medicina Generale di domani tra demografia e cronicità”. È stato occasione di dibattito e confronto, grazie al quale sono state messe a fuoco le criticità che investono l'esercizio della MG, ma anche far nascere nuove proposte per migliorarla.

Fimmg ha scelto di plasmare il dibattito nell'ottica di un cambiamento concreto; il Congresso ha infatti modificato lo Statuto sindacale riservando una presenza fissa di giovani medici (al di sotto dei 40 anni) che assumeranno così in maniera stabile posizioni di vertice all'interno dell'esecutivo nazionale, ma anche degli esecutivi regionali e provinciali. Tra i principali sostenitori di questo cambiamento c'è il segretario generale **Silvestro Scotti**, che ha definito questa ulteriore scelta in favore dei giovani medici “un risultato storico. Diamo avvio ad una nuova stagione che valorizzerà ancor più la Medicina Generale, mettendo al centro la

salute dei cittadini e le capacità innovative dei giovani medici”.

Nella scelta di favorire l'accesso a ruoli di vertice del sindacato ai giovani medici c'è anche una ferma volontà di dare sempre più spazio alle donne, che oggi costituiscono oltre il 60% delle nuove leve. “Siamo fieri dell'esperienza che noi colleghi più ‘anziani’ diamo ogni giorno alla Medicina di Famiglia - ha sottolineato il segretario generale - ma siamo anche ben consapevoli dell'apporto che può arrivare dal ricambio generazionale e di genere. Nel nostro Paese c'è l'abitudine a contrapporre giovani e meno giovani, generazioni vecchie e nuove. Tutto è visto nell'ottica dello scontro; noi ragioniamo in maniera differente”. Per Scotti non può esserci un diritto alla Salute se non c'è una Medicina di Famiglia moderna, giovane nelle idee e negli uomini, dotata di opportuni strumenti e di risorse umane”.

► I microteam

A proposito di strumenti, va ricordato che uno dei passaggi che ha caratterizzato la relazione tenuta

dal segretario generale è stata la proposta del *microteam* come tassello fondamentale di un necessario *new deal* di una MG all'altezza delle risposte da dare ai nuovi bisogni di salute e di assistenza sul territorio. “L'unica risposta che riusciamo ad immaginare è che va cambiato il contenitore. Da questo nasce la proposta di Fimmg del *microteam* - ha sottolineato Scotti - dove il contenitore non è più il singolo medico, ma una unità multi professionale composta da un medico di famiglia, un collaboratore di studio medico, un infermiere e, attraverso la definizione del ruolo unico, integrata dal medico di continuità assistenziale o, come sarà definito nel prossimo Acn, dal medico di medicina generale a ciclo orario”.

“È chiaro che per cambiare il contenitore servono risorse - ha aggiunto Scotti - risorse che da anni si è cercato di individuare attraverso meccanismi di sperimentazione anche all'interno dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale, meccanismi correttamente e fortemente voluti dagli stessi professionisti per tentare un

indirizzo di sviluppo del proprio lavoro. Ma, diciamolo con chiarezza, quelle risorse non avrebbero dovuto essere orientate alla incentivazione degli obiettivi professionali e assistenziali e non di quelli organizzativi e strutturali come succede per tutte le altre categorie contrattuali del Ssn?”. Su questo argomento il segretario della Fimmg ha lanciato una proposta di fattività, realizzabile in breve tempo, scelte politiche permettendo. Per i *microteam* sarebbe necessario poter contare su personale assistente scelto tra i beneficiari del reddito di cittadinanza. Questa, insieme all’IVA ridotta al 4% per l’acquisto di macchinari di piccola diagnostica usati negli ambulatori, sono le richieste avanzate dalla Fimmg a cui si uniscono superammortamento e incentivi all’imprenditoria giovanile. Per Scotti inserire negli studi medici personale selezionato tra coloro che percepiscono il reddito di cittadinanza potrebbe servire a favorire l’occupazione e garantire al tempo stesso sgravi contributivi per il datore di lavoro, in piena armonia con quanto prevede la fase 2 del reddito di cittadinanza. Al riguardo, la definizione dei medici di medicina generale, utilizzata dal Ministro della Salute nel suo intervento al Congresso, quali soggetti d’impresa ad alto e prevalente carattere pubblico e sociale, ha il sapore di una possibile eventualità.

► L’intervento del Ministro della Salute

A segnare un momento significativo dei lavori congressuali è stato l’intervento del Ministro della Salute **Roberto Speranza**. “Dobbiamo proiettare la figura del medico di famiglia, che è oggettivamente

Simg plaude alle proposte della Fimmg

“Esprimiamo un forte senso di condivisione con le proposte del segretario generale Fimmg Silvestro Scotti e del Ministro della Salute Roberto Speranza. La Medicina Generale necessita di una profonda riforma e siamo pronti a fare la nostra parte”. È quanto ha dichiarato **Claudio Cricelli**, presidente nazionale della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (Simg) durante i lavori del Congresso della Fimmg che hanno visto la presenza del titolare del dicastero della sanità. “I temi trattati nella sessione inaugurale del Congresso, degli amici della Fimmg, hanno portato all’attenzione i temi più importanti della Medicina Generale - ha precisato Cricelli -. Condividiamo tali contenuti soprattutto quelli che riguardano la riforma del corso di formazione triennale e lo stabilimento della specializzazione in Medicina Generale. Siamo inoltre pienamente d’accordo sulla necessità di estendere, anche a noi, la podestà di prescrizione dei farmaci innovativi e la conseguente presa in carico di questi pazienti. È infine fondamentale aumentare le responsabilità professionali dei medici del territorio e favorire un maggiore utilizzo di nuove tecnologie diagnostiche”.

essenziale, un pilastro del Ssn, dentro il tempo nuovo che ci propone alcune sfide significative. Penso al cambio della piramide demografica, ai cambiamenti che ne conseguono sul piano epidemiologico, alle nuove tecnologie, ai nuovi farmaci, all’innovazione”. “La sfida che credo questo Congresso debba in qualche modo assumere - ha affermato il Ministro della Salute - è come dentro questo tempo si possa valorizzare questa professionalità che è, e resta, essenziale e che però deve stare in questa nuova stagione. Io credo che in un lavoro di sinergia e ascolto, di confronto reciproco ci possano essere le condizioni per disegnare il medico di medicina generale del futuro”.

“Penso che dobbiamo provare a tenere insieme due cose: conservare i vostri punti di forza come la prossimità e la fiducia e capire però come al contempo queste risorse si possono coniugare nel tempo nuovo. Per esempio si potrebbero sfruttare le indicazioni

che giungono dall’Unione Europea in materia di professioni e che potrebbero fare estendere a questo mondo alcune delle opportunità d’impresa che ci sono. E penso ad esempio che l’idea del *microteam* sia una cosa giusta. Noi dobbiamo favorire nuovi investimenti tecnologici per la diagnostica di primo livello, non solo qualifica il vostro lavoro ma può aiutarci per la riduzione delle liste d’attesa. Credo che dobbiamo lavorarci seriamente con metodo e rispetto istituzionale. Gli obiettivi di fondo li condividiamo e ora da subito dobbiamo individuare i più efficaci strumenti normativi e valutare anche la capacità di provare a drenare risorse extra Fondo Sanitario Nazionale”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone la relazione di Silvestro Scotti Segretario Generale Fimmg

No a modelli unici per l'organizzazione delle cure primarie

È l'appello che ha lanciato alle Istituzioni il presidente Snam, Angelo Testa, al XXXVIII Congresso Nazionale del sindacato, che si è svolto di recente ad Acireale.

Secondo Testa dall'emanazione della Legge Balduzzi si è fatto l'errore di focalizzare l'attenzione sui modelli delle forme organizzative della MG, proponendo un modello unico per una realtà, quella italiana, estremamente variegata

// Dall'emanazione della Balduzzi ci siamo focalizzati sui modelli delle forme organizzative, dimenticando che l'importante non è il contenitore ma il contenuto. Non importa dove fai le cose, importa che cosa fai". È quanto ha sottolineato il presidente dello Snam **Angelo Testa** in uno dei passaggi della sua relazione al XXXVIII Congresso Nazionale Snam, che si è svolto di recente ad Acireale. Per Testa, l'errore che non si deve fare "è proporre un modello unico per una realtà italiana che vede situazioni completamente differenti, spesso agli antipodi, con la consapevolezza che in metropoli, città, cittadine, paesi, piccole comunità, territori con popolazione sparsa non potrà mai funzionare un unico modello sanitario di assistenza. Così come nelle zone disagiate, disagiatissime e nelle isole minori. Si deve differenziare la medicina rurale da quella metropolitana".

"Non si possono considerare uguali - ha continuato Testa - medici anziani e medici giovani, medici che lavorano in città con mi-

gliaia di abitanti e medici che lavorano nel paesino con 1.000 abitanti sparsi nelle campagne e sulle montagne. Medici che lavorano con diversi ospedali nel raggio di due chilometri e medici che il primo ospedale lo hanno a 30-40 km di strade di montagna. Dobbiamo decidere che sanità dare al cittadino e su quel modello ragionare sulle forme delle aggregazioni".

La Relazione del Presidente ha toccato temi salienti relativi alle criticità che investono l'esercizio della Medicina Generale.

► Investire sui medici di medicina generale

"Lo Snam ha detto sempre e sempre dirà, anche con parole forti - ha precisato Testa - che non si possono accettare stravolgimenti, depotenziamenti e assenza di finanziamenti sulla Medicina Generale. Non possiamo accettare nuove aggregazioni con altre figure professionali senza un finanziamento extra Servizio Sanitario Nazionale che vada a ristoro dei pochi fattori di pro-

duzione già in essere. Se così fosse correremmo il rischio di vedere una parte dei nostri emolumenti indirizzarsi al sostenimento di nuove forme organizzative. Parimenti dobbiamo considerare una popolazione che invecchia ed in quella popolazione dobbiamo valutare anche l'invecchiamento dei medici".

Cosa chiede il presidente nazionale dello Snam? *In primis* investimenti sul territorio poi il potenziamento delle residenze assistite, il finanziamento della telemedicina la riforma della fiscalità della Medicina Generale.

"Ho sentito parlare il ministro Speranza - ha dichiarato il presidente dello Snam - di nuovi modelli che permetteranno al Mmg di poter affrontare le sfide del futuro. Vorrei però ricordare al ministro che la categoria è stufa di investire su una professione che viene mortificata costantemente. Trovi il Ministro, insieme al MEF, la soluzione per il finanziamento dei fattori produttivi al di fuori del fondo sanitario. Qualcuno mi deve spiegare perché il medico dipendente può fare, in

un modo o nell'altro, la libera professione e noi che siamo libero professionisti veniamo limitati? Qualcuno mi spieghi perché se io assumo una segretaria e/o un'infermiera il ristoro economico che ottengo non copre la spesa che sostengo, sempre che uno sia fortunato a rientrare nelle percentuali? Ma come? Io mi attrezzo per curare meglio i cittadini e tu Stato mi penalizzi? Non può funzionare".

"Quando sento pronunciare che la Medicina Generale è al centro del sistema - ha tenuto a sottolineare Testa - mi corre un brivido lungo la schiena. Non è che ci mettono al centro per colpirci meglio? Stato vuoi che la Medicina Generale ed il territorio siano il centro del sistema? Attrezzali! Vanno fatti investimenti sul territorio. Vanno potenziate le residenze assistite. Va finanziata la telemedicina".

► Prescrizioni farmaci

Inoltre, evidenzia Testa: "Come facciamo ad occuparci della cronicità se ancora oggi non possiamo prescrivere in autonomia alcuni farmaci? Come possiamo accettare di non poter prescrivere farmaci di cui ci assumiamo la responsabilità prescrittiva dietro la foglia di fico del piano terapeutico? Oggi che le terapie *tailor made* sono e saranno la norma noi siamo fermi a poter prescrivere solo farmaci vecchi di anni. Basta con questa sudditanza alla specialistica. Siamo medici, siamo disponibili a formarci maggiormente nelle patologie croniche, ma ci venga data pari dignità sia nella diagnosi sia nella cura.

La capillarità della nostra attività non può e non deve essere sacrificata all'altare di modelli ideologici la cui funzionalità è ancora tutta da dimostrare. Non si può pensare di avere modelli discriminanti all'interno della categoria. Chi ha scelto e chi sceglierà di fare il medico di medicina generale lo deve fare sapendo di scegliere una professione meravigliosa ed unica nel suo genere. Noi abbiamo lottato tanto per i giovani. Lo abbiamo fatto perché crediamo nel nostro lavoro e vogliamo tramandarlo a loro come i nostri predecessori hanno fatto con noi".

► No al task shifting

E in merito alle misure introdotte dal DI Calabria e sul *micro team* Testa ha tenuto a precisare: "Stiamo alla nascita di nuovi ruoli professionali quali lo psicologo di famiglia e l'infermiere di famiglia. Ma vogliamo dirlo che dello psicologo dentro i nostri studi non sappiamo cosa farcene? Lo psicologo non è un medico, ma essendo una figura specialistica andrebbe inquadrato all'interno dell'accordo della specialistica ambulatoriale. Se il medico di famiglia ha necessità dello psicologo invia a lui il paziente. Non c'è bisogno di ulteriori figure che altro non farebbero che disorientare il cittadino. Per gli infermieri di famiglia le cose sono diverse. Noi collaboriamo da sempre con gli infermieri, molti di noi li hanno anche assunti e si preoccupano tutti i mesi di pagare loro lo stipendio. L'infermiere ha una professionalità che il medico non ha. Non ha viceversa professionalità

tipiche del medico. Non perché non è bravo, perché non ha fatto Medicina. Dobbiamo avere una collaborazione con gli infermieri per dare al cittadino una cura migliore. Ma la collaborazione è una cosa, l'infermiere di famiglia è un'altra cosa".

► Le liste d'attesa

"Le liste d'attesa infinite e senza speranza - ha detto Angelo Testa - sono di grande interferenza nel nostro lavoro quotidiano, nell'immediato perché non riusciamo ad avere una consulenza in tempo utile e a catena per le ripercussioni negative a medio e lungo termine: affollamento dei pronto soccorso e progressiva percezione negativa del paziente verso il Sistema Sanitario Nazionale e abbandono dei processi di prevenzione e cura delle malattie. Se davvero la politica è interessata seriamente al mantenimento di un sistema sanitario pubblico, è ora di porre rimedio subito al defianziamento della sanità, agli organici dei medici agli sgoccioli, rendendosi conto che i pazienti devono costantemente fare ricorso al borsellino, sempre più leggero, per far fronte alle prestazioni sanitarie. Il tutto ci da indicazione che il 'declino' verso il privato è già iniziato e procede velocemente".



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone i pdf: Relazione del Presidente Snamì Angelo Testa.

Mozione finale XXXVIII Congresso Nazionale Snamì

La Medicina Generale è forse arrivata all'ultima cena?

La Medicina Generale sembra imbucare una strada senza uscita anche alla luce di un progetto reale che malgrado intese e pre-intese continua a latitare.

Si assiste però ad una continua serie di banalità e di idee già masticate in cui ogni tanto si inserisce qualche addetto ai lavori che spaccia queste per idee geniali. Mi sovviene l'immagine di un serpente che tenta di mangiarsi da solo ben sapendo che non riuscirà in quest'intento. In questa palude confusa da sinfonie stonate siamo forse arrivati all'ultima cena della Medicina di Famiglia?

Alessandro Chiari

Segretario Regionale Fismu - Emilia Romagna

Bisognerebbe forse avere veramente il coraggio di gridare a tutta voce "è ora di finirla, adesso basta", alla vecchia maniera, con il cuore con la rabbia di chi, ogni giorno, combatte ormai una propria battaglia quotidiana, in ogni ambulatorio, schiacciato tra la pressione generata dalle Aziende e le pretese dei cittadini. La tecnologia liquida ha creato il mostro, ovvero il malato auto-diagnosticantesi ed auto-prescriventesi per cui non viene più in ambulatorio esponendoci uno stato che riguarda un disagio di salute, ma esordendo con la pretesa di volere un esame o una prestazione particolare perché l'ha letto/visto su internet piuttosto che in televisione o per il consiglio di un amico. Ok, va bene, tutto questo è il frutto del *social liquid care* ed allo stesso modo abbiamo l'impressione che alcuni addetti ai lavori si comportino più come *influencer* che come tali. "Adesso basta" diventa un facile slogan, una campagna mediatica in camper alla maniera delle elezioni americane o della vecchia cor-

riera di Prodi. E allora...tutti in carrozza che si parte... ma per arrivare dove?

► Ministro prevedibile

"Dobbiamo proiettare la figura del medico di famiglia, che è oggettivamente essenziale, un pilastro del Ssn, dentro il tempo nuovo che ci propone alcune sfide significative" ha sentenziato il laicissimo nuovo Ministro della Salute **Roberto Speranza** rifacendosi alla vecchia immagine del pilastro già ampiamente utilizzata dalla **Livia Turco** qualche ministero fa. *"Penso al cambio della piramide demografica, ai cambiamenti che ne conseguono sul piano epidemiologico, alle nuove tecnologie, ai nuovi farmaci, all'innovazione"*. La sfida che il Ministro sente attuale è quella di valorizzare la professione *"che è, e resta, essenziale e che però deve stare in questa nuova stagione. Io credo che in un lavoro di sinergia e ascolto, di confronto reciproco ci possa essere le condizioni per disegnare il medico di*

medicina generale del futuro". E allora avanti tutta caro Ministro, ma con quale ricetta e seguendo quale rotta? Allo stesso tempo qualcun altro (addetto molto più radical-chic) si interroga su come possa essere inquadrata questa figura di medico di medicina generale post liquefazione con caratteristiche tecno-olistico-confidence maker-onnipresente in contrapposizione ad un algoritmo informatizzato. E fin qui tutto bene. Mi sembra però molto banale tutto questo e mi ricorda la storiella dell'uomo che cade dal cinquantesimo piano e dopo quarantanove piani di vorticosa discesa si rincuora e si dice "fin qua tutto bene". Vediamo poi che succede qualche metro dopo...e siamo alle solite, alla storia della Medicina Generale di questi anni che ha risposto con errori ad altri errori.

È vero che per anni abbiamo individuato nelle risposte organizzative complesse la maniera di gestire la complessità, ma è altrettanto vero che la stessa popolazione è cambiata non solo dal punto di vi-

sta della cronicità, ma anche dal punto di vista delle varie colture che popolano il villaggio globale post liquefazione. Crediamo che il bardo abbia messo insieme troppe cose finendo per confondersi da solo.

L'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale dimostra tutta la sua inadeguatezza a fronte della necessità vitale di una radicale riforma delle cure primarie. Crediamo che i paradigmi siano profondamente mutati e non possano più essere accettate le visioni di una serie di *influencer* che hanno enormi responsabilità sul fatto di aver condotto la medicina territoriale al punto criticissimo in cui si trova ora. E qui neppure possiamo fare affidamento sul mercato di gennaio come nel calcio, perché queste figure sono diventate delle tessere inamovibili di sedimentati mosaici di vetero sindacalismo. Non abbiamo in vista un *coach* come Mourinho che ci disponga sul campo in una formazione talmente efficace da portarci al 'tripleto', oppure un Gracco da giocare come tribuno della plebe medica che proponga quell'esempio di genialità che fu il proporre la cittadinanza a tutti gli italici.

► Blob

L'evoluzione della medicina territoriale sta continuando sempre di più a dissolvere quel peculiare rapporto, basato sulla fiducia e l'accettazione della stessa, esistente tra il medico ed il 'suo' paziente. La società ed i parametri che la regolano sono in continua evoluzione. L'accelerazione di queste rivoluzioni culturali è oltremodo impressionante e, di pari passo, i concetti di salute e benessere, proprio in relazione a questa velo-

cià subiscono continue trasformazioni, di conseguenza anche la percezione che il cittadino ha della sanità e del medico è in continuo mutamento, ma soprattutto è il modo di comunicare tra medico e paziente ciò che non riesce a collocarsi tra le nuove forme e tecnologie comunicative.

Siamo stati spettatori e pure stagisti di quei ritardi operativi fisiologicamente appartenenti al Ssn, altamente autoreferenziali tanto che molti dei disegni e dei progetti ministeriali sono stati proposti come una serie di modelli che, spesso, nemmeno hanno visto la luce. In questi anni il Ssn è rimasto indietro rispetto alle modalità di sviluppo della comunicazione che si sono radicate nella società civile, nell'adeguarsi ai nuovi strumenti e canali comunicativi che hanno subito un'accelerazione paurosa. Basti pensare al fatto che se ora vedreste l'extraterrestre Klaatu, il pericoloso protagonista, di *Ultimatum alla terra*, un film del 1951, crepereste dal ridere, piuttosto che di terrore.

Il medico di medicina generale fa fatica ad adeguarsi alla nuove potenzialità comunicative che invece spesso vengono utilizzate proprio dal paziente: e così si passa da una alta velocità di richiesta di informazioni e presidi da parte del paziente ad una risposta asincrona, lenta e ritardata del Mmg che comunque è viziata dal fatto che il medico è solo e che le molteplici richieste del paziente si accumulano grazie proprio alla asincronia intrinseca nel sistema comunicativo.

► Doctor.com

Il ruolo cardine del sistema sanitario è rappresentato dai medici di medicina generale, che devono ri-

spondere in modo adeguato alle differenti esigenze sanitarie ed assistenziali dei cittadini di un determinato territorio. Da 'semplice medico di famiglia' il Mmg è diventato sempre più una figura che si deve occupare non solamente di problemi strettamente sanitari, ma anche delle questioni inerenti alla gestione delle cure in termini di congruità, di economicità, efficacia ed efficienza. Il Mmg è divenuto sempre più un piccolo manager, un coordinatore, e, per questo motivo, l'intensità del lavoro è sensibilmente aumentata. In questi anni abbiamo sempre fatto fatica, nella nostra visione della Medicina Generale, a percepire questa figura medica come un manager o un impresario che cerchi sul territorio un ulteriore *business* che vada al di là della progettazione e della gestione del suo lavoro e in definitiva del suo ambulatorio. Abbiamo assistito a colpi di genio ripetuti che non hanno fatto che portare sempre più in crisi la categoria dove la professionalità ha lasciato spazio alla vendita delle pentole e dell'acqua gassata e ad ancor più geniali proposte come quella delle Case della Salute ed a tutte le varianti impazzite che sono diventati teoremi e facili slogan. Poi il paradosso della legge Balduzzi ignorata da tutti e ripudiata, ma sfortunatamente ancora valida nella sua pur preoccupante linearità negativa. E allora facciamo il *microteam* che lo possiamo inserire nella Casa della Salute e facciamo tutti felici e contenti, meno che il medico di medicina generale che se non lo teniamo al centro del progetto veramente poi stavolta viene fatto fuori realmente e forse siamo all'ultima occasione per evitare di essere invitati alla nostra ultima cena.

Il medico di famiglia e la trasmissione delle cartelle computerizzate a fine carriera

Nell'epoca della rete e del Fse tale procedimento andrebbe pianificato e normato nel tempo. Attualmente né nell'Acn vigente, né nel Codice Deontologico vi è un riferimento esplicito in relazione a cessione e consegna di cartelle o dati, ma si parla solo di rilascio di certificazioni

Francesco Del Zotti^{1,2} - Lorenzo Adami¹ - Ing. Andrea Gelpi²

¹ Medicina Generale; Centro Studi Fimmg, Verona - ² Associazione SicurDott

Cosa fare, in prossimità del pensionamento, del proprio database costituito da "Schede Sanitarie Individuali Informatizzate" (Ssii) costruito in decenni di lavoro certosino? È un problema la cui soluzione va pianificata per tempo e possibilmente normata; ciò soprattutto nell'epoca della rete e del Fse che ha reso più rischiosi eventuali passaggi superficiali di informazione da un Mmg all'altro, in assenza del consenso esplicito del paziente.

Sarebbe comunque una perdita secca per tutti - per il medico che prende in carico quel paziente e per la collettività - che la raccolta quotidiana di preziosi dati sanitari dei nostri pazienti vada dispersa.

► La questione coinvolge vari attori:

il medico pensionando; il Mmg subentrante che prende in cura i pazienti, con/senza accordo con il medico pensionando; il paziente che "richiede" al proprio medico pensionando i dati sanitari; la Ulss e la Regione presso cui il Mmg pensionando ed il medico subentrante lavorano.

Scenari possibili

► Modi di comporre la Scheda Cartacea o i File da Trasmettere

A Sintesi cartacea:
il medico pensionando potrebbe produrre una sintesi cartacea da passare al paziente. Si tratta della soluzione meno rischiosa in termini di rispetto della normativa GDPR, in attesa di riflessioni e accordi migliori. È una soluzione che necessita di tempo da parte del Mmg per la produzione della sintesi e per la consegna al paziente e che comporta per il medico subentrante una perdita informativa rispetto alla cartella computerizzata del paziente.

B CD o Pennette:
da cedere direttamente ai pazienti che richiedono qualche documentazione. Il vantaggio è nel passaggio diretto del file al paziente, il che rispetterebbe il GDPR; ma anche questa è una soluzione che richiede tempo pro-

fessionale e una certa attenzione alla preparazione di un file esportabile ed immune da virus.

C Passaggio di file da medico a medico:

il medico pensionando potrebbe cedere al medico subentrante i file delle cartelle computerizzate, in genere fornite in maniera completa. È una maniera comoda per i due Mmg (soprattutto se il medico subentrante resta nello studio del primo medico); ma a volte essa è eseguita senza il pieno consenso formale del paziente.

D Modalità della trasmissione telematica ad altro Mmg o ai pazienti:

• Per email non criptate.

Alcuni Mmg spediscono la cartella elettronica per comuni email non criptate: ciò è totalmente insicuro e a rischio di forti multe del GDPR e del garante, che si è espresso contro l'uso delle comuni email.

• Per email criptate.

È legittimo e praticabile l'invio del file.rtf zippato o pdf con *password* tramite posta elettronica all'inte-

ressato? Ancora poco comune, ma auspicabile è l'uso di programmi di posta elettronica totalmente criptati (ad es: prontonmail; Tutanota) da usare da Mmg inviante e Mmg ricevente. Essi non hanno bisogno di ulteriori passaggi di *password*.

È da citare che alcune aziende di *software* di cartelle computerizzate hanno organizzato un sito sicuro per ogni paziente con *Https*, sia per scarico delle ricette, sia per eventuale scarico della cartella.

► Modi di trasmissione informatica da cartella computerizzata a cartella computerizzata di diversa azienda

Le *software house* devono percorrere non poca strada per adeguarsi al GDPR che prevede ad esempio la *security by design* e *by default*. Ad oggi l'unico modo è la cifratura dei dati e dell'intero database. Le *software house* devono farsi rapidamente carico di questo.

Altro punto, sempre dal GDPR, la portabilità dei dati da una cartella all'altra: è un obbligo. I *software* dovranno usare uno standard (*xml*) per esportare e importare dati che arriveranno cifrati. Usare la cifratura dei dati permette di preoccuparsi meno del sistema di comunicazione, via mail o via messaggistica o altro.

► Contenuto minimo e massimo dell'estrazione

Intanto bisogna stabilire la differenza tra Cartella ospedaliera e Ssii del Mmg. Diario e non cartella a tutti gli effetti. E poi: cosa estrarre?

► Cosa non bisogna trasmettere

Non le note di commento private sul paziente (ad es: *"ha malattie immaginarie"*; *"non segue i miei consigli"*; *"è conflittuale"*; *"è insopportabile"*).

Per i Mmg più anziani con cartelle nate molti anni prima della rete, e compilate e visionate allora solo dal Mmg, era abituale scrivere note sulla personalità e comportamento del paziente; note che nell'epoca di Internet potrebbero essere non accettate dal paziente. Ciò significa che i Mmg con le cartelle pre-internet dovranno svolgere un ulteriore lavoro prima di trasmettere le informazioni al paziente o ad altro medico di famiglia.

► Ciò che è utile trasmettere:

- la nostra anamnesi ed esame obiettivo; le misure della PA; peso; altezza; fumo;
- le malattie Codificate; ma anche le nostre note in merito alle possibili diagnosi differenziali (tra l'altro ciò potrebbe proteggerci in caso di contestazione);
- gli interventi chirurgici e ricoveri importanti; le protesi;
- le allergie;
- la lista dei farmaci ed esami prescritti.

In merito ai risultati degli esami e visite, il Mmg non è tenuto ad essere fedele e certosino nella conservazione. Spesso registra solo una parte dei risultati o dei referti-testi o referti-immagine degli esami radiologici o strumentali. Diversa è la questione per i non pochi Mmg che scannerizzano documenti; ciò avvicina il nostro diario ad una cartella ospedaliera, con qualche svantaggio in termini di responsabilità.

► Modalità di archiviazione a lungo termine.

Il Mmg ha il dovere di tenere, intatta, una copia delle cartelle computerizzate per almeno 10 anni.

Si pongono questioni tecniche in merito alle modalità della tenuta dell'hardware, del sistema operativo del *PC* ove deve essere mantenuto il database; nonché problemi di mantenimento contrattuale e relativi costi con la *software house*.

► Chi dovrebbe pagare il lavoro di consegna delle cartelle?

Dall'analisi delle complessità sopra elencate si evince che in ogni caso il Mmg che voglia trasmettere, in forma cartacea o computerizzata le cartelle dei propri pazienti va incontro a dei costi. Che fare?

A) Farsi pagare dai pazienti?

Qualche Mmg si è fatto pagare la consegna dei dati elettronici in *CD* o pennette; ma poi ha dovuto rispondere a qualche ODM, che ha dato ragione alla contestazione di alcuni pazienti.

D'altra parte, il Mmg nel comporre una sintesi o nel trasmettere un file deve non solo perdere tempo, ma magari anche rispondere di virus nel file. Un lavoro non solo di composizione fisica dell'oggetto, ma anche di adattamento della cartella (nata magari 25 anni prima, nell'epoca pre-rete in cui il medico usava la cartella solo per sé).

Inoltre secondo alcuni esponenti ordinistici, la cartella del Mmg non è equiparabile alla cartella ospedaliera: il Mmg è tenuto a compilare un diario, ma non una struttura documentale uguale a quella ospedaliera. Vi sono altresì

giuristi che hanno dichiarato che è legittimo che il medico si faccia pagare, dietro regolare fattura, come "certificazione", un testo ove compaiono diagnosi, ricoveri e terapie in corso.

B) Farsi pagare dal medico su-bentrante?

Qui si corrono rischi legali, in assenza di una chiara normativa in proposito.

C) Farsi pagare dalle autorità sanitarie?

In fondo una buona procedura di passaggio delle informazioni sanitarie è a vantaggio dei cittadini. E sarebbe logico che questo lavoro extra del medico di famiglia, spesso eseguito appena o anche dopo la pensione, abbia un corrispettivo economico da parte delle Regioni. Si tratta di una procedura attualmente non in vigore.

Conclusioni e proposte

Dall'analisi emerge la complessità relazionale, giuridica e tecnica dei passaggi informativi dal Mmg precedente al paziente o al medico successivo.

Ciò merita che gli Ordini dei Medici ed i sindacati, con l'aiuto di giuristi ed esperti di informatica coordinino un approfondimento e delle proposte. Ciò al fine di stabilire, nella nuova Convenzione della MG, nuove e più idonee regole.

Oggi questi passaggi nel caso di cambio medico o della pensione di un Mmg sono spesso difettosi e traumatici. Ciò avviene sia per-

ché non tutte le *software house* hanno modalità facilitanti l'esportazione delle cartelle, sia perché non sono chiare le modalità di consenso del paziente, nell'epoca del GDPR.

Inoltre il medico di medicina generale non è incoraggiato a programmare in maniera esplicita gli ultimi mesi di lavoro, visto il rischio di perdere pazienti e parte dello stipendio.

Per compensare questo rischio sarebbe importante impostare

una sorta di "buonuscita" anche per i Mmg. Una buonuscita da collegare a vari fattori: al riconoscimento economico della formazione del medico che gli succede; alla quantità dei dati del suo database; a certi indicatori della qualità delle cartelle (simili a quelli già introdotti in alcune Regioni).

- *L'articolo sarà pubblicato su www.rivistaqq.it*

Cessione e consegna di cartelle o dati: mancano i riferimenti

Né nell'Acn vigente, né nel Codice Deontologico vi è un riferimento esplicito in relazione a cessione e consegna di cartelle o dati, si parla solo di rilascio di certificazioni e, in genere, i certificati sono soggetti a compenso.

► La Convenzione e il database

Acn vigente, art. 45 comma 2 lett. "b) la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale, su supporto informatico e tenuto conto di quanto previsto dall'art. 59, lettera B, ad uso del medico e ad utilità dell'assistito e del Ssn, secondo standard nazionali e regionali e modalità definite nell'ambito degli Accordi regionali, nonché l'utilizzazione della Carta nazionale dei Servizi, prevista dal comma 9 art. 52 della Legge 27 Dicembre 2002, n. 289 e della tessera del cittadino secondo quanto previsto dall'art. 50 della Legge 24 novembre 2003 n. 326;

► Codice Deontologico

- **Art 24** *Il medico è tenuto a rilasciare alla persona assistita certificazioni relative allo stato di salute che attestino in modo puntuale e diligente i dati anamnestici raccolti e/o i rilievi clinici direttamente constatati od oggettivamente documentati.*
- **Art 25** *Il medico deve, nell'interesse esclusivo della persona assistita, mettere la documentazione clinica in suo possesso a disposizione della stessa (...).*
- **Art 26** *Il medico redige la cartella clinica, quale documento essenziale all'evento ricovero, con completezza, chiarezza (...) il medico è tenuto nella compilazione della cartella clinica alla massima diligenza, alla più responsabile cura, alla più attenta e scientificamente corretta registrazione dei dati e alla più responsabile formulazione dei giudizi.*

Inaccettabili gli algoritmi che governano le cure e monitorano i pazienti

È quanto ha tenuto a precisare il segretario FNOMCeO, Roberto Monaco, nel suo intervento al Convegno "Big Data in Health 2019", svoltosi di recente al Cnr di Roma, che ha focalizzato l'attenzione su opportunità e rischi dell'utilizzo dei big data

“ I big data, come tutte le innovazioni, portano con sé opportunità e rischi, oltre ad aprire questioni etiche sinora inedite, quale ad esempio quella della privacy. Siano strumento flessibile nelle mani dei medici, no a pazienti monitorati e cure governate da algoritmi”. È quanto ha tenuto a precisare il Segretario FNOMCeO, **Roberto Monaco**, nel suo intervento al Convegno “Big Data in Health 2019”, svoltosi di recente al Centro Nazionale Ricerche di Roma.

“Il fascicolo sanitario elettronico, la telemedicina, la cartella clinica informatizzata, il registro nazionale tumori sono innovazioni che possono veramente migliorare la vita dei pazienti ma non sono ancora uniformemente diffusi e applicati - ha spiegato -. L'utilizzo dei big data, condivisi, confrontabili, misurabili, è uno degli strumenti per mettere il cittadino al centro del sistema di cura, e una delle leve per quell'*empowerment* del paziente che è oggi obiettivo e *conditio sine qua non* dei sistemi sanitari”.

► No alla disumanizzazione delle cure

“Il rischio di monitorare il paziente - ha aggiunto - è però quello di farlo diventare una mera fonte di dati, perdendo quindi l'umanizzazione delle cure. Occorre invece trovare un bilanciamento tra l'utilizzo delle risorse, e quindi dei dati, la tutela

della salute e il Giuramento ippocratico. In ogni caso, i dati del singolo paziente devono essere tutelati e salvaguardati” .

► L'atto medico

“Oggi la professione è molto cambiata - ha sottolineato -. È cambiata la relazione di cura, perché da un modello paternalistico si è passati a una vera e propria alleanza terapeutica, punto d'incontro di due storie, di due sensibilità, di due vissuti. È cambiato il medico, che ha a disposizione strumenti inimmaginabili sino a poco tempo fa, è cambiato il paziente, che conosce meglio i suoi diritti. Sono mutati gli scenari, con un aumento della cronicità e delle malattie correlate e della domanda di servizi”.

“In questo contesto - ha concluso - in cui al medico sempre più spesso viene chiesto di risolvere anche problemi di sostenibilità economica, la risposta più democratica non è quella di fornire indistintamente tutto a tutti, ma quella di poter erogare a chi ha bisogno tutto ciò che gli è necessario. In questo senso, i big data possono essere indicatore efficace e flessibile. Ciò che ci fa orrore è invece il paziente 'monitorato', la diagnosi e la cura ridotte ad algoritmo: vogliamo pazienti liberi curati da medici liberi, che usano i dati come strumento di governo clinico ma non accettano, né mai lo faranno, di essere governati dai dati”.

C'è una questione femminile anche nel mondo medico

Nel nostro Paese cresce il numero delle donne che esercitano la professione medica. Sono donne il 60% dei medici di medicina generale e il 44% dei 105 mila camici bianchi dipendenti del Ssn (dati 2017), ma le prime dovranno fare i conti con compensi mediamente inferiori rispetto a quelli dei colleghi maschi e le seconde troveranno molti più ostacoli per fare carriera. È quanto si evince dai dati rilevati nella terza Conferenza Anaa-Donne, svoltasi di recente a Genova e da quelli esposti in Sardegna durante il Congresso Nazionale della Fimmg

In Italia cresce costantemente il numero delle donne che esercitano la professione medica. Lo sono il 60% dei medici di medicina generale e il 44% dei 105 mila camici bianchi dipendenti del Ssn. (dati 2017), ma di quest'ultime solo 1 su 10 fa carriera mentre coloro che scelgono la Medicina Generale si troveranno a percepire in media compensi inferiori ai loro colleghi maschi. È quanto mostrano i dati evidenziati durante il Congresso Nazionale della Fimmg in Sardegna e nel corso della terza Conferenza Anaa-Donne, svoltasi di recente a Genova.

Medicina Generale: il 60% sono donne ma guadagnano meno dei colleghi

Le donne rappresentano il 60% dei futuri medici di medicina generale, ma ancora oggi i dati mostrano che la componente femminile della professione, in tutte le regioni italiane, percepisce in media compensi inferiori rispetto ai colleghi. Analizzare il contesto attuale e tracciare i possibili scenari

futuri è stato l'obiettivo della tavola rotonda "Speriamo che sia femmina?" che si è svolta al 76° Congresso Fimmg-Metis al Tanka Village - Villasimius (Cagliari).

"C'è la necessità di ripensare al modello assistenziale per la nostra professione - ha dichiarato **Tommasa Maio**, segretario nazionale di Fimmg Continuità Assistenziale - mettendo al centro la componente femminile che al momento rappresenta oltre la metà dei futuri medici di medicina generale e che in futuro potrebbe crescere ulteriormente".

► Aumento del carico di lavoro futuro e disuguaglianze

I medici di famiglia nei prossimi anni dovranno affrontare l'ondata di pensionamenti in assenza di adeguata programmazione in entrata, adattarsi ai cambiamenti del contesto socio-demografico della popolazione italiana, prendendo in carico pazienti sempre più frequentemente anziani e fragili. "Le professioniste saranno chiamate a svolgere un ruolo da

protagoniste della Medicina Generale - ha sottolineato Maio - basato su fiduciarità, prossimità e domiciliarità. Una sfida che le porterà a dover acquisire competenze professionali e personali che rendano possibile la compatibilità tra vita privata e vita professione. Saranno le donne a rappresentare la parte prevalente delle forme aggregative della Medicina Generale e del territorio e a doversi formare nella capacità di gestire uno studio medico. Per questo bisognerà ripensare i modelli organizzativi delle cure primarie e le conseguenti scelte contrattuali finora proposte".

In questo contesto bisogna fare i conti anche col fatto che le donne che scelgono di esercitare la Medicina Generale, a differenza delle loro colleghe con contratto di dipendenza, non hanno diritto alla tutela della maternità. Infatti, conclusi i cinque mesi di maternità, per loro non sono previste pause per l'allattamento e l'unico modo per continuare a nutrire il figlio al seno è prendere giorni o periodi di

malattia. Nel caso poi in cui decidessero di restare a casa per uno o due mesi dopo la nascita, le donne medico in convenzione devono rinunciare allo stipendio in favore di chi le sostituisce. Di fatto in caso di maternità ha il diritto di percepire la relativa indennità corrisposta dal suo Ente previdenziale (ENPAM) previa la presentazione di apposita domanda.

Per mettere fine a queste discriminazioni, da tempo, alcuni sindacati di categoria chiedono ai rappresentanti istituzionali di varare una normativa dedicata alle donne medico in convenzione che contemplino il riposo per allattamento con le relative conseguenze economiche.

Anaao: sempre più donne medico in corsia, ma solo una su 10 fa carriera

Nella terza Conferenza Anaao Donne, svoltasi di recente a Genova, è stato fatto il punto sugli ostacoli della vita in corsia, sui problemi che inibiscono il decollo professionale delle donne medico e sulle soluzioni che il sindacato può e deve trovare.

Il numero delle donne medico in Italia aumenta di anno in anno. Nel 2017 sono il 44% (ultimi dati della Ragioneria Generale dello Stato elaborati dall'Anaao Assomed) dei 105 mila camici bianchi dipendenti del Ssn.

Le Regioni con il maggior numero di "camici rosa" sono la Sardegna (56%), seguita da Emilia Romagna (51%) e Veneto (50%). Chiude la classifica la Campania con il 31%. Nella fascia d'età 40-44 anni le donne sono il 60% del totale dei medici, mentre dopo i 50 anni la prevalenza è maschile, con una

rappresentanza di medici uomini tra i 55-59 anni del 64% e dopo i 60 anni del 72%.

Ma il sorpasso, che sarà nei prossimi anni sempre più evidente, è ancora solo nei numeri. Alle donne è infatti preclusa la possibilità di fare carriera: solo 1 su 50 diventa Direttore di Struttura Complessa e 1 su 13 responsabile di Struttura Semplice. E anche nelle discipline in cui è più elevata la quota di donne tra i medici, la loro presenza nelle posizioni apicali è molto bassa (Pediatria 10%, Psichiatria 25%, Ginecologia e Ostetricia 17%).

Sono questi i numeri che hanno aperto i lavori della terza Conferenza Anaao Donne.

Il contratto di lavoro siglato il 24 luglio scorso ha cercato di avviare un processo per potere dare risposte alle criticità evidenziate in questi anni. E così si è ottenuto: salario intero, compreso il trattamento accessorio, per il congedo di maternità e di paternità; monte ore annue di 18 ore per assenze per visite, terapie e prestazioni specialistiche senza decurtazioni stipendiali; ulteriore monte ore di 18 ore annue per assenze per particolari motivi personali e familiari retribuite; ferie estive garantite (15 giorni) nel periodo 15 giugno-15 settembre per i dipendenti con figli nella scuola dell'obbligo. Inoltre l'Organismo Paritetico potrà avanzare proposte su temi importanti come: conciliazione dei tempi di vita e lavoro; esenzione dalle guardie a 62 anni; incremento della percentuale di part time dal 3 al 7%.

"Ci schieriamo per un futuro che sia sempre più orientato dalle donne. Curiosamente - ha fatto notare **Sandra Morano**, coordinatrice dell'Area - il momento

della massima svalutazione del nostro Servizio Sanitario Nazionale coincide con la più grande ondata di mano d'opera sanitaria femminile. Le donne scelgono la professione di cura come prima, forse l'opzione più congeniale, mentre gli uomini la stanno abbandonando perché meno prestigiosa, anche economicamente. Ma per la professione medica non passa solo da qui l'urgenza di un necessario recupero di autorevolezza. Recupero non facile né scontato, ma che toccherà gioco forza alle donne, in maggioranza nei prossimi anni, mettere in atto".

► **Ci vogliono risposte dalla politica**

"Il cambiamento necessario - ha commentato **Carlo Palermo**, segretario Nazionale Anaao Assomed intervenendo all'assise di Genova - richiede tempo, ma soprattutto politiche che lo assumano come necessità per trasferire una visione di genere nei contratti di lavoro, nelle leggi, nella prassi, ed evitare che la crescita delle donne in sanità sia derubricata a semplice fenomeno di costume".

"È giunto il momento - ha specificato - che la sanità abbandoni un modello unicamente maschile e si avvii velocemente verso la declinazione di ritmi e organizzazione del lavoro che tenga conto della presenza delle donne. E anche il sindacato di fronte a questi numeri deve ripensare se stesso, in termini di servizi offerti e di obiettivi organizzativi su cui impegnare energie e risorse per creare migliori condizioni lavorative per i medici del Ssn uomini o donne che siano".

La Medicina Generale pugliese fa scuola alle Nazioni Unite

Il modello pugliese di assistenza sanitaria agli immigrati, con al centro i medici di medicina generale, è stato presentato nell'ambito dell'evento: Promising local practices for the enjoyment of the right to health by migrants, presso il Palazzo delle Nazioni Unite di Ginevra

Il modello pugliese di assistenza sanitaria agli immigrati è stato presentato nell'ambito dell'evento *Promising local practices for the enjoyment of the right to health by migrants - Buone prassi locali per l'esercizio del diritto alla salute da parte dei migranti*, presso il Palazzo delle Nazioni Unite di Ginevra, alla presenza del Direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - **Tedros Adhanom Ghebreyesus**.

Durante la conferenza sono stati presentati 4 *case studies* a livello europeo, che rappresentano soluzioni innovative per superare le barriere di accesso ai servizi sanitari e per proteggere la dignità di bambini, donne e uomini migranti. Il caso italiano è stato illustrato da **Ignazio Grattagliano**, medico e docente di Medicina di Famiglia alla Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Bari.

► La legge regionale

Il documento italiano riporta quanto espresso dalla legge regionale n. 32 del 4 dicembre 2009 *"Norme per l'accoglienza, la convivenza civile e l'integrazione degli immigrati in Puglia"*, con la quale la Regione Puglia è intervenuta direttamente nell'assistenza medica e sociale di tutti gli immigrati presenti sul suo territorio, garantendola sia in caso di urgenza che di malattie croniche e infortunio. Nei casi di necessità è garantita attra-

verso l'intervento medico presso le strutture ospedaliere, ma soprattutto per mezzo dell'iscrizione nelle liste dei Mmg. Uno studio condotto con questionari anonimi sul grado di apprezzamento da parte degli immigrati dell'assistenza medica in Puglia e del rapporto con i medici di famiglia ha fatto emergere come i migranti non incontrino barriere culturali o di accesso alla sanità ed esprimano una complessiva soddisfazione e fiducia nei confronti dei medici di famiglia.

► Il valore sociale della MG

"L'incontro di Ginevra ha inequivocabilmente sancito che l'apertura culturale ed assistenziale della Medicina Generale pugliese ha raggiunto alti livelli di valore sociale, catturando l'interesse esplicito e l'apprezzamento delle organizzazioni internazionali sia sanitarie che umanitarie. Il confronto con i *care studies* delle altre realtà europee pone il sistema pugliese di assistenza agli immigrati in assoluto primo piano, rappresentando un modello da imitare" - ha commentato Ignazio Grattagliano.

Lo studio è stato pubblicato dal United Nations Human Rights Regional Office for Europe ed è disponibile in forma di abstract al seguente link: https://europe.ohchr.org/EN/Stories/Documents/Publication_RtH_Mig_final_digital.pdf

Como: specialisti ospedalieri e medici del territorio si mettono in rete

È nato un network OMCeO-Como - Sacra Famiglia Fatebenefratelli di Erba. Il primo step del progetto riguarda l'antibioticoresistenza. Le resistenze agli antibiotici sono un'emergenza, un problema diffuso su scala mondiale e una reale minaccia per la salute pubblica

// Il 95 per cento delle nostre richieste di consulenza specialistica passa attraverso l'ospedale Fatebenefratelli di Erba e costruire una rete con gli specialisti ospedalieri è dunque una cosa naturale e utile per i medici di famiglia, soprattutto per migliorare l'accuratezza e la tempestività del nostro lavoro".

Negli ultimi mesi si è fatto presente il problema dell'antibioticoresistenza e per questa ragione si è concretizzato il progetto 'Microbiologia clinica partecipata', un gruppo di lavoro supportato da un sito internet dedicato per far lavorare insieme l'Ospedale e i medici della zona. A parlarne è Giuseppe **Enrico Rivolta**, medico di famiglia a Erba e responsabile del progetto per l'Ordine dei medici e chirurghi di Como, sotto la cui regia si svolge l'iniziativa.

Le resistenze agli antibiotici sono attualmente un problema diffuso su scala mondiale e una reale minaccia per la salute pubblica che costa ogni anno la vita a 700mila persone nel mondo, 33mila in Europa, 11mila solo in Italia. Non è un caso che per diffondere la cultura dell'utilizzo appropriato e saggio degli antibiotici, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ha recentemente lanciato un corso di formazione a distanza ad hoc "Antimicrobial Stewardship: un approccio basato sulle competenze".

▶ Antibioticoresistenza

Per quanto concerne il progetto dell'OMCeO comasco Rivolta ha precisato: "Stiamo perfezionando un *network* tra ospedale e territorio che inizierà con l'affrontare il problema dell'antibioticoresistenza, di cui mi occupo da tempo". Rivolta, infatti è Mmg specializzato in malattie infettive e da tempo impegnato anche a livello europeo per la categoria in quest'emergenza; nell'ambito del progetto con l'Ospedale Sacra Famiglia Fatebenefratelli di Erba si sono già pianificati alcuni incontri cui parteciperanno medici di famiglia del territorio e microbiologi ospedalieri.

"Da parte nostra puntiamo a migliorare la cultura dei medici del territorio sul tema della microbiologia clinica, affinare le procedure per invio e conservazione dei campioni biologici, migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni, diffondere la conoscenza delle nostre metodiche" ha spiegato **Pierpaolo Maggioni**, direttore sanitario dell'Ospedale.

Il *network* opererà attraverso riunioni periodiche e un sito ad accesso riservato dove i medici potranno scaricare documenti e porre quesiti, ottenendo una sollecita risposta dagli specialisti ospedalieri. Non si escludono le collaborazioni con le società scientifiche, corsi Ecm e pubblicazioni.

Una Scuola per la Salute che unisce medici e altri professionisti

La Scuola per la Salute si propone di far conoscere i fattori che influenzano la salute allo scopo di preservare l'ambiente fisico e sociale, aiutare le persone a migliorare il proprio stato di benessere fisico e psichico e sviluppare la capacità dei professionisti di valutare l'impatto sulla salute delle loro decisioni (Scuola per la Salute - Manifesto fondativo)

Antonio Bonaldi - *Presidente di Slow Medicine*

Nell'insegnamento medico la salute viene generalmente considerata dal punto di vista della malattia. Eppure, a ben vedere, la malattia - e quindi la medicina così concepita - rappresenta soltanto una piccola parte di quanto attiene la salute in generale.

Nonostante sia opinione comune che tutte le malattie abbiano una causa biologica, di fatto i fattori sociali e ambientali svolgono un ruolo predominante sullo stato di salute. Per questo nell'intento di tutelare la salute è necessario occuparsi di diversi aspetti della vita e delle attività umane, come l'ambiente, il modo di costruire le case e disegnare le città, i modelli di produzione agricola, l'alimentazione, le disuguaglianze sociali, l'istruzione, il consumismo, compreso quello sanitario, la gestione delle proprie emozioni. Aspetti che esulano, in tutto o in parte, dall'ambito strettamente sanitario, e che riguardano tutti i professionisti: architetti, ingegneri, contadini, chi si occupa di mobilità, ecc.

Al centro di questa concezione, vi è il pensiero che occorra ragionare in maniera sistemica, con l'idea che ogni elemento della vita umana, come anche le azioni che si compio-

no, è interconnesso. In tal senso è necessario acquisire un approccio complesso, che consideri sia gli aspetti analitici, riduzionistici, meccanicistici, a cui è rivolta, in questo momento storico, gran parte dell'attenzione, sia aspetti più ampi, ambientali in senso lato, e relazionali. In ambito sanitario l'approccio analitico si cura degli aspetti biologici della malattia: si basa sulla tecnologia, sulla specializzazione e cerca di massimizzare l'efficienza, i tempi e i costi dei trattamenti. Nell'approccio sistemico ciò che conta è la "persona", con i suoi valori, le sue aspettative, il contesto familiare e sociale in cui è inserita. In questo approccio l'uomo non è più solo un "contenitore" di organi, di cellule, di meccanismi biologici, ma viene considerato anche nel suo insieme: i suoi valori, le sue relazioni, il suo inserimento nel contesto ambientale, sociale, gli aspetti mentali, spirituali, avvalendosi di compassione, empatia, ascolto. L'approccio analitico e quello sistemico devono essere considerati contestualmente, in maniera complessa e, per realizzare questo, è necessaria una rete di conoscenze e di competenze differenti, resa possibile dall'interazione, dalla relazione e dalla collaborazione tra professionisti diversi.

► La Scuola per la Salute

È su queste basi che è nata la Scuola per la Salute, alla cui ideazione hanno contribuito in primo luogo Slow Medicine e Complexity Institute e in seguito altri soggetti delle più diverse professionalità (medici, psicologi, biologi, infermieri, filosofi, architetti, manager, educatori, economisti). La scuola per la salute si basa su alcuni principi generali che costituiscono il fondamento degli interventi formativi già promossi da Slow Medicine e che, negli intenti, darà vita a una rete strutturata di idee, eventi e professionisti, proponendosi di valorizzare le competenze specialistiche, entro un clima di cooperazione e di collaborazione interdisciplinare. È stato ora stilato il Manifesto fondativo (<https://www.slowmedicine.it/slow/wp-content/uploads/2019/02/Scuola-per-la-Salute-Documento-fondativo-Gennaio-2019.pdf>), che focalizza l'attenzione sulle linee di pensiero e operative, e a breve saranno rese note le prime proposte operative.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Antonio Bonaldi

AGGIORNAMENTI



■ **CARDIOLOGIA**

Fibrillazione atriale, la prevenzione è la vera sfida

■ **EPATOLOGIA**

Barriere intestinali e sviluppo della steatoepatite non alcolica

■ **GINECOLOGIA**

Atrofia vulvo-vaginale, ruolo del DEHA ad azione locale

■ **INFETTIVOLOGIA**

Infezioni resistenti: come affrontare l'emergenza

■ **MALATTIE DEL METABOLISMO MINERALE E OSSEO**

Calcio e scienza delle costruzioni del sistema scheletrico

■ **VIROLOGIA**

Previsioni per la nuova stagione influenzale 2019-2020

■ CARDIOLOGIA

Fibrillazione atriale, la prevenzione è la vera sfida

Uno studio dell'Istituto di neuroscienze del Cnr e dell'Università degli Studi di Firenze, pubblicato su *Europace* (Di Carlo A et al. *Europace* 2019) ha valutato l'impatto della fibrillazione atriale (FA) nel nostro Paese. Con l'invecchiamento della popolazione i soggetti affetti da FA in Italia cresceranno dai circa 1.1 milioni attuali ai 1.9 milioni nel 2060. Utilizzando le proiezioni demografiche fornite dall'Ufficio europeo di statistica (Eurostat), la ricerca ha permesso anche di stimare i casi di FA attesi nella popolazione anziana dei 28 Paesi dell'Unione Europea. I casi prevalenti nel 2016 risultavano 7.6 milioni, destinati praticamente a raddoppiare fino a 14.4 milioni nel 2060.

► Progetto "FAI: Fibrillazione Atriale in Italia"

Da queste premesse si è sviluppato il progetto "FAI: la Fibrillazione Atriale in Italia" realizzato dall'Istituto di neuroscienze del Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr-In) e dall'Università di Firenze. La ricerca è stata finanziata dal ministero della Salute, in collaborazione con la Regione Toscana.

"Attualmente in Italia si verificano ogni anno circa 200.000 ictus, con un costo per il Ssn che supe-

ra i 4 miliardi di euro", spiegano il coordinatore scientifico Antonio Di Carlo (Cnr-In) e il responsabile scientifico Domenico Inzitari (Università di Firenze - Dipartimento Neurofarba). "Oltre un quarto sono attribuibili a questa aritmia che può causare un ictus cardioembolico, con un impatto devastante in termini di disabilità residua e sopravvivenza".

I dati della ricerca hanno consentito di stimare la frequenza di FA in un campione rappresentativo della popolazione anziana, costituito da 6.000 ultrasessantacinquenni arruolati tra gli assistiti dei Mmg nelle tre unità operative coinvolte situate in Lombardia, Toscana e Calabria. Tutti i partecipanti sono stati sottoposti a una procedura di screening e successiva conferma clinica. Lo studio è servito inoltre a sviluppare e validare una metodologia direttamente trasferibile ai medici di medicina generale e al Ssn. L'Italia è uno dei paesi più vecchi del mondo con una percentuale di ultrasessantacinquenni che supera il 21%, pertanto le patologie correlate all'età rivestono una grande importanza per il Ssn.

I soggetti anziani colpiti da FA si configurano dunque quale gruppo di popolazione particolarmente fragile, spesso con difficoltà di ac-

cesso a servizi e cure. Considerando che i pazienti più anziani con fibrillazione atriale sono quelli a maggior rischio di comorbidità e complicanze, il peso di questa aritmia è destinato a crescere enormemente nei prossimi decenni, con un prevedibile aumento degli ictus cardioembolici, di maggior gravità, ponendo delle importanti sfide legate alla prevenzione e al trattamento. "A tale riguardo sono attualmente disponibili terapie efficaci, farmaci anti-coagulanti, che permettono di ridurre di circa 2/3 il rischio di ictus in questi pazienti, ma che non sempre sono utilizzate al meglio", argomentano Di Carlo e Inzitari.

► Coinvolgimento del Mmg

Adeguate campagne di screening, con il coinvolgimento diretto dei medici di medicina generale, potrebbero consentire un'identificazione precoce della fibrillazione atriale, attraverso una semplice valutazione del polso e successiva esecuzione di un elettrocardiogramma nei soggetti in cui esso risulta irregolare, nell'ottica di ridurre gli ingenti costi sociali e sanitari collegati a questa aritmia e alle sue conseguenze.

"Alla luce delle considerazioni del Progetto Fai", conclude Inzitari, "diagnosi precoci, piani terapeutici adeguati e aderenza alla terapia continuano ad essere gli strumenti più idonei per affrontare la patologia che ha per protagonisti, in un rapporto di reciproca mutualità, da un lato il paziente e, dall'altro, il medico di medicina generale".

■ EPATOLOGIA

Barriere intestinali e sviluppo della steatoepatite non alcolica

Un'alterazione della barriera epiteliale e vascolare dell'intestino, causata da una dieta ricca di grassi, sarebbe alla base dello sviluppo della steatoepatite non alcolica (NASH) e della steatosi epatica non alcolica (NAFLD): lo suggerisce un recente studio, sostenuto dalla Comunità europea, diretto e coordinato dai ricercatori di Humanitas di Milano.

L'impatto clinico di questa scoperta tutta italiana è significativo per le malattie con danno epatico, tanto che i risultati della ricerca sono stati pubblicati e diffusi anche dalla rivista *Journal of Hepatology*.

L'incidenza di malattie del fegato grasso sta diventando un'epidemia nei Paesi occidentali e i dati italiani si stanno equiparando velocemente a quelli degli Stati Uniti. In Italia, infatti, ne è affetto circa il 30% della popolazione, con frequenza più elevata nel Meridione; in Lombardia la stima approssimativa è del 25-30%.

► **Lo studio**

Lo studio si è proposto di svelare il ruolo dell'integrità delle barriere intestinali e del microbiota nello sviluppo della malattia del fegato grasso (NAFLD e NASH). L'intestino umano è protetto da due importanti barriere, una epiteliale esterna e

una vascolare (*Gut Vascular Barrier, GVB*) in grado di impedire ai batteri di passare nel circolo sanguigno.

Nello studio sono stati utilizzati sia tessuti di pazienti affetti da steatosi epatica prelevati dall'intestino, in cui è stato dimostrato che la barriera risulta alterata, sia modelli preclinici in cui è stato possibile stabilire quando aprire o chiudere la barriera. Dalle analisi si è osservato che quando la barriera è chiusa si riesce ad inibire lo sviluppo della malattia. Inoltre, è stato osservato che il più delle volte lo sviluppo della malattia si verifica in pazienti con sindrome metabolica (che poi dà origine a diabete di tipo 2 e obesità) e può essere legato ad una dieta con alto contenuto di zuccheri e grassi.

► **Commento**

"Esiste un legame noto tra aumento della permeabilità intestinale e sviluppo di malattia, tuttavia non esiste una descrizione chiara dell'inizio della NASH, ovvero se si tratta di una causa o una conseguenza della NASH. Nella nostra ricerca dimostriamo per la prima volta che una dieta ricca di grassi induce cambiamenti nel microbiota, che a sua volta interromperà la barriera intestinale. In effetti, esistono due strati di barriera che si interrompono sequenzialmente quando il microbiota

cambia a seguito di un consumo elevato di grassi. Questa interruzione consente ai batteri dall'intestino di raggiungere il flusso sanguigno e diffondersi al fegato favorendo lo sviluppo di un fegato grasso. Quando si utilizza un modello di topo geneticamente modificato o un farmaco (acido obeticolico - OCA) che protegge dalla distruzione della barriera, non vi è sviluppo di malattia. Ciò dimostra chiaramente che l'interruzione della barriera è un prerequisito per il suo sviluppo. Infine, abbiamo anche trovato l'indicazione della rottura della barriera nei campioni umani di pazienti con NASH, supportando l'idea di un meccanismo generale". È quanto si legge nella sintesi dello studio, coordinato dalla professoressa **Maria Rescigno**, Principal Investigator del Laboratorio di Immunologia delle mucose e Microbiota di Humanitas e docente di Humanitas University.

► **Nuove frontiere per la ricerca di cure**

"La ricerca apre nuove frontiere e prospettive di cura. Proseguendo nelle nostre ricerche abbiamo osservato che inibendo l'apertura della barriera vascolare o attraverso un metodo genetico o utilizzando l'acido obeticolico (OCA), siamo in grado di chiudere la barriera e non permettere a componenti batteriche di entrare in circolo e quindi di sviluppare la malattia" - conclude la professoressa Rescigno.

• Mouries J et al. Microbiota-driven gut vascular barrier disruption is a prerequisite for non-alcoholic steatohepatitis development. *J Hepatol* 2019 Aug 13. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2019.08.005>

■ GINECOLOGIA

Atrofia vulvo-vaginale, ruolo del DHEA ad azione locale

In conseguenza della carenza estrogenica dovuta all'avanzare dell'età una condizione molto comune nella pratica clinica è la sindrome genito-urinaria della menopausa o atrofia vulvo-vaginale (AVV). Circa il 50% delle donne italiane con età >50 anni (12 milioni) presenta AVV e metà di questa popolazione ha la necessità di cure, perché tali disturbi hanno un impatto negativo sulla qualità della vita. Inoltre, ora che l'età media di vita delle donne si è di molto allungata, l'intero periodo post-menopausale può durare più di 30 anni.

Diversamente da altri sintomi della menopausa, come le vampate di calore che possono attenuarsi con il tempo, l'AVV spesso persiste e anzi può peggiorare con il trascorrere degli anni. Purtroppo ad oggi è una patologia ancora sottovalutata: il 63% delle donne non sa che l'atrofia vaginale è una condizione cronica destinata a peggiorare con il passare del tempo. I comuni sintomi sono:

- irritazione, bruciore, prurito, infiammazione;
- secchezza, che deriva dalla riduzione delle secrezioni vaginali, e che può provocare rapporti sessuali fastidiosi o dolorosi;
- lievi perdite ematiche, poiché la vagina può essere più sensibile ai traumi.

"In realtà possono presentarsi anche altri sintomi - spiega ad *M.D.* la

prof.ssa **Rossella Nappi**, Ginecologa dell'Ambulatorio di endocrinologia ginecologica e della Menopausa IRCCS Fondazione San Matteo di Pavia, Università degli Studi di Pavia. Ricordiamo che i sintomi da urgenza minzionale e le cistiti ricorrenti sono molto più frequenti in donne con AVV.

Molto interessante negli ultimi anni è stato studiare che a causare queste problematiche non sono solo gli estrogeni, ma che nel 'fattore età' dobbiamo considerare anche l'insufficienza androgenica. Sappiamo che gli androgeni sono altrettanto importanti degli estrogeni per la salute femminile e che tendono a calare progressivamente nel sangue a partire dai 40 anni di età contribuendo in modo significativo all'espressione clinica di alcuni disturbi come la difficoltà a trovare sensazioni positive durante il rapporto sessuale e a creare problematiche della sfera intima-sessuale".

► Ruolo del medico

"Il ruolo del medico è fondamentale e la diagnosi è semplice. In una donna con cistiti o vaginiti ricorrenti è sufficiente misurare il pH vaginale (che in menopausa aumenta), ma anche solo fare una domanda aperta e semplice alla paziente, per esempio 'Molte donne soffrono di secchezza vaginale in menopausa. È capitato anche a lei?', così da aiutare la donna ad esporre queste situazioni".

► Trattamenti

Il trattamento è in genere mirato al miglioramento della circolazione che consente di ritrovare la giusta lubrificazione e il tono dei tessuti con rigenerazione dell'epitelio vaginale.

"Attualmente abbiamo a disposizione diverse strategie terapeutiche diversificate come la terapia estrogenica locale o terapie sistemiche - continua la prof.ssa Nappi. Un'interessante novità è costituita da ovuli vaginali, a base di prasterone, l'equivalente sintetico del DHEA (deidroepiandrosterone), biochimicamente e biologicamente identico al DHEA umano endogeno. Attraverso un'azione esclusivamente locale, viene metabolizzato localmente in estrogeni e anche in androgeni deboli che, agendo sul tessuto, contribuiscono a contrastare i fenomeni di perdita di elasticità e di lubrificazione e a migliorare la congestione genitale. È un nuovo presidio che agisce localmente e quindi supporta il razionale scientifico per affermare che hanno una sicurezza sistemica - soprattutto sui due endpoints che preoccupano il medico e la donna, tumore della mammella e rischio tromboembolico" - conclude la prof.ssa Nappi.

Attualmente è l'unico prodotto con "nessuna limitazione nella sua durata d'uso" consentendo il trattamento a lungo termine necessario per la terapia efficace dell'atrofia vulvo-vaginale.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Rossella Nappi

■ INFETTIVOLOGIA

Infezioni resistenti: come affrontare l'emergenza

Secondo le più accreditate previsioni (OMS) le *Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)* e quelle causate da batteri multi-resistenti potrebbero essere la prima causa di morte nel 2050, e a farne i conti saranno i soggetti più fragili e gli anziani. Purtroppo, la situazione peggiore in UE nello scorso anno è stata osservata in Italia, con oltre 200.000 casi e quasi 11.000 decessi stimati. Si collocano in questo scenario i 102 casi, segnalati tra novembre 2018 e settembre 2019, di infezioni causate da enterobatteri produttori della metallo-beta-lattamasi New Delhi, che conferisce resistenza ai carbapenemi (che ha già provocato, secondo l'ARS Toscana, almeno 38 decessi).

"Non vogliamo fomentare un allarme, anzi l'obiettivo è esattamente l'opposto - dichiara **Massimo Galli**, Direttore Struttura Complessa Malattie infettive AO Sacco, Milano e Presidente Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT) nel corso di "ICARETE" Lombardia, promosso da Motore Sanità e che si sviluppa in 12 incontri regionali, che ha visto e vedrà confrontarsi esperti e istituzioni. "La finalità è rendere consapevoli tutti gli attori coinvolti che oggi è possibile invertire la tendenza dell'andamento particolarmente negativo del nostro Paese, che ci vede primi in Europa per il nu-

mero di isolati resistenti nei pazienti assistiti negli ospedali. In primis applicando con convinzione il Piano Nazionale contro l'antibiotico-resistenza, con uno sforzo comune delle Regioni. Il primo passo è la sorveglianza e la gestione corretta della terapia antibiotica, con una presa di coscienza degli operatori sanitari. Ma non solo, anche con misure apparentemente banali, come il rigoroso rispetto delle regole sul 'lavaggio delle mani, su cui per ora non occupiamo certamente i primi posti in Europa, anzi siamo ultimi nel consumo di soluzioni idroalcoliche nei reparti. Dovremmo anche essere il Paese che dovrebbe produrre il maggior numero di studi sulle resistenze batteriche, ma questo aspetto va organizzato, ma anche seriamente finanziato nell'interesse di tutti. Anche l'"Antimicrobial Stewardship" (interventi coordinati per promuovere l'uso appropriato degli antimicrobici e che indirizzano nella scelta ottimale del farmaco, della dose, della durata della terapia e della via di somministrazione) deve trovare spazio sul territorio, con il coinvolgimento dei Mmg, con interventi di sensibilizzazione e formazione. Dobbiamo anche 'preservare' i nuovi antibiotici che avremo a disposizione in futuro, con un utilizzo virtuosamente e scientificamente regolamentato" - conclude Galli.

► Interventi coordinati

"Dal 2017 l'Italia si è dotata del Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico Resistenza (PNCAR) e l'approccio One Health, che prevede come cardine l'utilizzo consapevole degli antibiotici sia a livello agrario, veterinario e umano, rappresenta la strategia vincente, perché tutti gli attori coinvolti sono presenti al tavolo" - aggiunge **Pierangelo Clerici**, Direttore Dipartimento Medicina di Laboratorio e Biotecnologie Diagnostiche A.S.S.T. Ovest Milanese e Presidente Federazione Italiana Società di Medicina di Laboratorio (FISMeLab).

► Medicina Generale

"Dobbiamo trovare meccanismi per migliorare la comunicazione e la collaborazione tra Mmg e ospedalieri che affrontare la problematica della continuità di cure ospedale-territorio" - dichiara **Fiorenzo Corti**, vice-segretario FIMMG. Un'altra peculiarità è quella dell'educazione del paziente, da perseguire con autorevolezza e all'interno nel rapporto di fiducia tra Mmg e paziente supportata anche da campagne educative istituzionali sul corretto uso degli antibiotici. Inoltre è necessario affrontare maggiormente il tema nel corso di laurea e con una formazione dedicata ai Mmg".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Massimo Galli

■ MALATTIE DEL METABOLISMO MINERALE E OSSEO

Calcio e scienza delle costruzioni del sistema scheletrico

L'importanza del calcio nella filogenesi della vita e della nostra specie; il calcio nella storia della alimentazione italiana; le abitudini dietetiche e farmacologiche che interferiscono negativamente sul suo assorbimento; il calcio visto dal punto di vista ingegneristico nella costruzione della impalcatura scheletrica che deve resistere alla gravità e ai carichi. Sono alcuni dei temi che sono stati affrontati nel corso del recente convegno milanese "Calcio e dintorni", diretto dal Prof. **Fabio Massimo Olivieri**, Servizio Mineralometria Ossea Computerizzata, Ambulatorio Malattie Metabolismo Minerale e Osseo, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Università degli Studi di Milano.

Tra i cardini della prevenzione primaria delle fratture di fragilità c'è anche una corretta alimentazione, che consenta di fornire ai processi di rimodellamento osseo i costituenti costruttivi dello scheletro e il materiale necessario al suo rimodellamento. Tra questi, il principale è il calcio, elemento che rappresenta come idrossiapatite di calcio più del 90% dei minerali componenti lo scheletro.

► "Sistema scheletrico"

"Il calcio è un elemento fondamentale per la costruzione di un siste-

ma scheletrico che permetta di resistere alle forze gravitarie. La strutturazione di questo sistema segue le leggi della fisica: per resistere ad una forza compressiva lo scheletro deve avere una adeguata densità del materiale di costruzione.

Piccoli incrementi di intensità consentono infatti un importante recupero di resistenza dello scheletro, così come piccole perdite di massa ossea - quindi di calcio contenuto nello scheletro - determinano un incremento esponenziale del rischio di frattura" - spiega a *M.D.* il prof. Olivieri.

Per determinare la resistenza della struttura al carico è necessario anche valutare la distribuzione del calcio nella struttura e quindi, per esempio, come le trabecole ossee sono distribuite nello spazio nonché il danno da usura nel tempo, cioè la *bone quality*. Con la densitometria ossea a raggi X oggi è possibile determinare non solo gli aspetti di *bone quality* e avere, quindi, a disposizione tutte le informazioni necessarie per le decisioni cliniche. Utilizzando il *Trabecular Bone Score* e il *Bone Strain Index*, parametri di *bone quality*, dei quali il secondo è di nuova enunciazione grazie alla collaborazione con il Politecnico di Milano, si ha una completa visione dello scheletro come struttura di

sostegno del nostro corpo".

Al convegno è stato affrontato anche il tema del ruolo dei citrati nella strutturazione dello scheletro: anche se misconosciuti essi intervengono nella composizione delle fibrille e del materiale scheletrico in maniera fondamentale. Quindi sono un campo nuovo da tenere in considerazione in futuro non solo per una corretta diagnosi ma anche come potenziale trattamento farmacologico.

► Sinergia tra ospedale e Mmg

"Oggi abbiamo la possibilità di offrire al medico di medicina generale - il perno sul quale dovrebbe essere costruito in nostro sistema sanitario - con un unico accesso temporale del suo paziente alla struttura ospedaliera tutte le informazioni che servono per una appropriata gestione del malato. Con un solo appuntamento si ottengono tutti i parametri per capire dal punto di vista 'ingegneristico' come è costruito lo scheletro del paziente e come potrà resistere al carico, così da consentire una diagnosi appropriata e ovviamente anche una terapia adeguata, con una scelta di farmaci più 'sartoriale' rispetto a quella basata sul solo parametro della densità minerale ossea" - conclude il prof. Olivieri.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Fabio Massimo Olivieri

■ VIROLOGIA

Previsioni per la nuova stagione influenzale 2019-2020

Come ogni anno saranno le basse temperature (presumibilmente da dicembre in poi) a fare da spartiacque e a dare il via alla stagione influenzale vera e propria, nel frattempo assistiamo già da ora, complici gli sbalzi climatici, alla diffusione dei virus simil-influenzali. *M.D.* ha chiesto una panoramica sul tema a **Fabrizio Pregliasco**, virologo, ricercatore del Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute dell'Università degli Studi di Milano e Direttore Sanitario IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi. Pregliasco ricorda subito la triade sintomatologica: brusca insorgenza della febbre (oltre 38 °C), presenza di almeno un sintomo respiratorio e di un sintomo sistemico. Negli altri casi si tratta dei 262 tipi di virus simil-influenzali.

► *Virus coinvolti*

Quest'anno le varianti di virus non sono diverse da quelle degli scorsi anni: ad oggi, basandosi sui dati australiani, si sono diffuse H3N2 - H1N1, che oltre ad avere una maggior capacità diffusiva, sono quelle forme influenzali che - soprattutto IH1N1 nella popolazione pediatrica e H3N2 nei più anziani e fragili - possono provocare maggiori severità e un più alto rischio di complicanze e mortalità. Oltre a questi, saranno presenti anche i virus B/Colorado e A/Kansas che sono varianti già conosciute

dalle precedenti stagioni (alla data di stampa i virus isolati in Italia sono di tipo B). Dunque le previsioni segnalano una stagione non intensa ma con diffusione di virus più aggressivi. Ci si aspettano circa 6 milioni di casi, con un'incidenza leggermente inferiore rispetto al 2018 e al 2017 (quando si è arrivati a 8 milioni).

► *Vaccini: caratteristiche*

Quest'anno i vaccini saranno prevalentemente quadrivalente e conterranno:

- antigene analogo al ceppo A/Brisbane/02/2018 (H1N1) pdm09;
- antigene analogo al ceppo A/Kansas/14/2017 (H3N2);
- antigene analogo al ceppo B/Colorado/06/2017 (lineaggio B/Victoria/2/87);
- antigene analogo al ceppo B/Phuket/3073/2013-like (lineaggio B/Yamagata/16/88).

Una novità in questo ambito è il nuovo vaccino quadrivalente realizzato con tecniche di coltura cellulare al posto del tradizionale sistema su uova embrionate di pollo per replicare gli stipiti virali, rendendo così possibile la riduzione del rischio dei cambiamenti del virus causati dall'adattamento alla crescita su uova. Nel caso dei vaccini trivalenti (segnalato per gli ultra75enni) l'OMS raccomanda, per il virus dell'influenza B, l'inserimento dell'antigene ana-

logo al ceppo B/Colorado/06/2017 (lineaggio B/Victoria/2/87).

► *Approccio alla vaccinazione*

La vaccinazione antinfluenzale dovrebbe essere una opportunità per tutti, ma con raccomandazione rigorosa per gli anziani e nei soggetti con malattia CV e con patologie respiratorie croniche. Si sta assistendo ad un trend positivo della compliance con un incremento dopo le basse percentuali di alcuni anni fa, riferibili alle notizie sulla presunta scarsa sicurezza di alcuni lotti vaccinali, che hanno poi determinato dubbi nella comunità. La quota degli ultra65enni vaccinati è di circa il 53%, ma l'obiettivo da raggiungere è del 75%. Prendendo invece tutta la popolazione, i vaccinati contro l'influenza sono circa il 14%.

► *Altre misure*

Igiene sanitaria, corretta alimentazione, evitare gli sbalzi di temperatura - sono consigli utili da proporre agli assistiti per prevenire il contagio, oltre a tali misure trovano un razionale di utilizzo i farmaci sintomatici che devono essere usati tenendo conto delle indicazioni riportate attraverso una automedicazione responsabile. Gli antivirali specifici, segnalano le raccomandazioni del ministero della Sanità, vanno riservati a soggetti selezionati (con polmoniti primarie, ricoverati con grave sintomatologia).



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Fabrizio Pregliasco

Maschi, maschi, maschi

Gli uomini sono il sesso forte, di taglia più grande, hanno più muscoli delle donne, possono correre più velocemente, sollevare oggetti più pesanti e lanciarli più lontano. Gli uomini dominano sui campi di gioco, ma in termini medici, la storia è “un'altra storia”: quando si tratta di salute, gli uomini sono il sesso più debole

Renzo Rozzini

Responsabile UO Geriatria - Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero, Brescia

A livello planetario secondo il United Nations World Population Prospects il valore medio della speranza di vita alla nascita è di 68 anni e 6 mesi per i maschi e 73 anni e 6 mesi per le femmine per il periodo 2010-2013, o secondo il The World Factbook 68.2 anni per i maschi e 73.2 anni per le femmine per l'anno 2009 (secondo la World Health Organization, le persone di sesso femminile vivono di più rispetto agli uomini, eccetto per le Tonga). In Italia le differenze fra i sessi sono più evidenti nelle Regioni settentrionali in particolare nell'area Nord-Orientale. Per l'Emilia Romagna, il Friuli Venezia Giulia, il Trentino Alto Adige e il Veneto, in-

fatti, il divario nella speranza di vita alla nascita tra uomini e donne è superiore al valore nazionale (6.20 anni) e varia tra 6.24 e 7.06 anni.

Tra le Regioni del Sud con un'elevata differenza tra i sessi emerge la Sardegna, Regione per la quale una donna ha una speranza di vita alla nascita di 6.83 anni più elevata rispetto ad un uomo. Il divario di longevità si associa a modificazioni rilevanti, che agiscono direttamente o indirettamente sulla salute e sulla possibilità di cura in presenza di patologia e disabilità: dopo i 65 anni più della metà delle donne sono vedove e il rapporto vedove/vedovi è di circa tre a uno. All'età di 65 anni, per ogni 100 donne americane, ci sono solo 77 uomi-

ni. Dopo gli ottant'anni la disparità aumenta, con le donne che superano gli uomini di 2.6 a 1, il divario di longevità persiste anche in età molto avanzata; tra i centenari, ci sono quattro femmine per ogni maschio. Il divario di longevità è presente sia nelle società industrializzate sia nei paesi in via di sviluppo; è un'osservazione universale che suggerisce una differenza fondamentale tra la salute di uomini e donne (*tabella 1*).

► Mortalità

La mortalità maschile è più precoce di quella femminile; il tasso di mortalità complessivo è del 41% più elevato nei maschi ed è anche maggiore nei maschi per sette delle prime 9 principali cause di morte (*tabella 2*). Inoltre è circa doppia la probabilità di morire per malattie del fegato, tre volte di morire per HIV/AIDS, 4 volte più probabilità di suicidio. Il tasso di mortalità tra i sessi varia in base all'età cronologica: la disparità di salute tra maschi e femmine inizia già durante la vita fetale. Circa 115 maschi sono concepiti ogni 100 femmine, ma i maschi hanno molte più probabilità di morire prima della nascita; ci sono solo 104 neonati per 100 ragazze. I maschi hanno circa il 60% in più di probabilità di nascere prematuramente, di avere condizioni legate alla prematurità come la sindrome da di-

Tabella 1

Longevità: gap internazionale

Paese	Spettanza di vita	Femmine	Maschi	Gap (anni)
Giappone	83.7	86.8	80.5	6.3
Australia	82.8	84.8	80.9	3.9
Italia	82.7	84.8	80.5	4.3
Canada	82.2	84.1	80.2	3.9
U.K.	81.2	83.0	79.4	3.6
Germania	81.0	83.4	78.7	4.7
Slovenia	80.8	83.7	77.9	5.8
Cile	80.5	83.4	77.9	5.5
Stati Uniti	79.3	81.6	76.9	4.7

Fonte: OMS 2015

Tabella 2

Malattie principali correlate alla mortalità (rapporto maschi/femmine)

Patologia	Mortalità maschi/femmine
1 Cardiopatia ischemica	1.5
2 Stroke	1.0
3 Cancro	1.4
4 Demenza di Alzheimer	0.7
5 BPCO	1.3
6 Diabete mellito	1.4
7 Renali	1.4
8 Polmonite e infezioni respiratorie	1.4
9 Setticemia	1.2
Tutte le cause	1.4

Fonte: National Center for Health Statistics

stress respiratorio neonatale e di subire lesioni alla nascita. I bambini hanno circa il 18% in più di probabilità di morire prima del loro primo compleanno rispetto alle femmine. Dall'infanzia all'età di quattro anni, il rischio relativo di mortalità è di 1.26 maschi:1.00 femmine. A 85 anni e oltre il rischio relativo è di 1.12 maschi: 1.00 femmine. La più grande disparità si verifica tra i 15 e i 24 anni, quando il tasso di mortalità è molte volte superiore: 2.62 maschi: 1.00 femmine. Riguardo all'ipotesi della causalità biologica, il picco osservato nel rapporto di mortalità in questo periodo di vita appare contro-intuitivo. A questa età, le cause di morte biologicamente determinate come cancro, ictus, malattie cardiache e altri principali killer non sono affatto comuni. Il tempo della massima vulnerabilità biologica è considerato essere gli estremi dell'età, quando ci si

aspetta che la mortalità causata dalle differenze biologiche sia maggiore. Paradossalmente, questo è anche il momento della minore disparità di mortalità tra i sessi.

► Cause di disparità

• Geni e cromosomi

Il cromosoma sessuale maschile contiene molti meno geni del cromosoma sessuale femminile. Alcuni di questi geni possono essere collegati a malattie che contribuiscono all'eccesso di mortalità maschile durante tutta la vita. Se una donna ha un gene che produce la malattia su uno dei suoi cromosomi X, può essere controbilanciata da un gene normale sull'altra X, ma se un uomo ha lo stesso gene cattivo sul suo cromosoma X, gli manca la potenziale protezione di un gene corrispondente.

• Ormoni

Gli ormoni non hanno un ruolo complessivo molto rilevante nello spiegare il divario di genere per quanto riguarda la salute (qualche effetto: gli estrogeni aumentano i livelli di C-HDL, il testosterone può contribuire all'assunzione di rischi e al comportamento aggressivo che causa problemi a molti giovani maschi).

• Metabolismo

Le donne hanno livelli sostanzialmente più alti di C-HDL; il diabete colpisce una percentuale leggermente più alta di uomini (11%) rispetto alle donne (10%). L'obesità maschile (addominale) è molto più rischiosa aumentando notevolmente il rischio di infarto e ictus.

• Fumo, alcol, droga

Il fumo è un rischio terribile per uomini e donne, giovani e anziani, è il maggior rischio di tutte le abitudini che condizionano la salute. Sebbene

il trend relativo alla cessazione del fumo sia incoraggiante in entrambi i sessi, a tutt'oggi vi sono più fumatori maschi che femmine (il 21% degli studenti delle scuole superiori usa tabacco, è probabile che il fumo continui ad alimentare il divario di genere negli anni a venire). Come il fumo, l'alcolismo e l'abuso di droghe sono problemi tradizionalmente maschili, sebbene minaccino sempre più anche le donne. Tuttavia in queste abitudini autodistruttive i maschi prevalgono. Quantità elevate di alcol riducono la durata della vita aumentando la probabilità di ipertensione, insufficienza cardiaca, malattie del fegato, vari tipi di cancro, incidenti e morte traumatica. L'alcolismo ha un costo elevatissimo per quanto attiene l'occupazione, la realizzazione personale e la vita familiare. Gli uomini hanno il doppio delle probabilità delle donne di diventare dipendenti dall'alcol, hanno l'80% in più di probabilità di abusare di droghe.

• Incidenti

Gli incidenti della strada e sul luogo di lavoro contribuiscono alla maggiore mortalità maschile. Più del 95% dei lavoratori nei 10 lavori più pericolosi sono uomini e oltre il 90% dei decessi professionali avviene tra gli uomini. Le occupazioni più pericolose sono svolte prevalentemente da maschi (pescatori, lavoratori forestali, piloti di aerei, lavoratori edili, di ferro e acciaio, ecc) e molte si svolgono in ambienti pericolosi, in condizioni meteorologiche avverse e altre condizioni non sicure, che richiedono l'impiego di attrezzature pesanti. Specifici materiali pericolosi ed esposizioni ambientali si verificano comunemente sul posto di lavoro: amianto, solventi, fumidi saldatura, pesticidi, metalli (incluso il piombo), esposizione al rumore, dermatite allergica e irritante da contatto, lesioni

radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, tossine respiratorie, temperature estreme e molte altre esposizioni potenzialmente dannose. Queste esposizioni possono portare a malattie e decessi immediati e a breve termine, o alla disabilità, anni o addirittura decenni dopo l'esposizione.

• *Cure mediche*

I bambini di entrambi i sessi usufruiscono dell'assistenza sanitaria fornita dai pediatri. Alle soglie dell'età adulta, il pediatra di solito consegna l'assistenza sanitaria della giovane al ginecologo/ostetrico, mantenendo così la continuità delle cure. Al contrario, senza una corrispondente specialità di salute per i maschi, quando il ragazzo diventa un giovane, la sua assistenza sanitaria può semplicemente essere abbandonata invece di essere trasferita a un altro specialista. L'incapacità di mantenere un legame con il sistema sanitario contribuisce verosimilmente a un tasso di mortalità maschile/femminile significativamente maggiore nella giovane età adulta, e non riesce ad abituare i giovani maschi adulti alla ricerca di assistenza sanitaria metodica. L'opportunità viene persa e le conseguenze si manifesteranno successivamente per i processi patologici e fattori di rischio legati allo stile di vita come ipertensione, sovrappeso e obesità, dislipidemia, intolleranza al glucosio, cattiva alimentazione, mancanza di attività fisica, fumo di sigaretta e abuso di sostanze e disturbi mentali come la depressione. La mancanza di identificazione e di interventi precoci per queste condizioni può portare a cattivi risultati sanitari (aumento della mortalità nella giovinezza, predisposizione a condizioni di salute più gravi in età adulta/avanzata e probabilmente contribuire a limitare l'aspettativa di vita maschile). Esistono infine meno programmi

preventivi rivolti agli uomini in modo specifico (ad es. l'attenzione per il cancro alla prostata è inferiore rispetto al cancro della mammella). Il minor coinvolgimento maschile nella prevenzione sembra essere anche correlato al tradizionale ruolo sociale di genere, che tradizionalmente promuove atteggiamenti stoici nei confronti del dolore, della paura e della malattia. Ai maschi viene spesso insegnato fin dall'infanzia a ridurre al minimo i segnali del proprio corpo: ignorandolo, il dolore, alla fine, andrà semplicemente via. Queste espressioni di stoicismo maschile attraversano confini culturali, politici e socio-economici: la maggior parte dei maschi non rispondono al dolore cercando assistenza sanitaria. Meno del 20% dei maschi dichiara di voler cercare aiuto anche se in difficoltà o malato, il 24% che afferma che ritarderebbe la ricerca di assistenza sanitaria il più a lungo possibile. Educati all'autosufficienza, molti uomini scelgono di non cercare aiuto anche quando viene riconosciuto un problema, credendo che ci si aspetti che un uomo si prenda cura dei propri problemi. Le donne invece alla salute ci pensano e fanno di più a riguardo. In uno studio inglese il rapporto maschi/femmine per quanto riguarda il numero di visite mediche nell'anno precedente all'intervista è di 1 a 3; più della metà dei maschi non aveva avuto un esame fisico o test del colesterolo; tra gli uomini sopra i 50 anni, il 41% non si era sottoposto a screening per il cancro alla prostata e il 60% a screening per cancro del colon; il 25% degli uomini ha dichiarato che avrebbe gestito le preoccupazioni per la salute aspettando il più a lungo possibile prima di cercare aiuto.

• *Rete e supporto sociale*

Le forti relazioni interpersonali e reti di supporto riducono il rischio di mol-

ti problemi di salute, che vanno dal comune raffreddore e depressione ad infarti e ictus. Al contrario, l'isolamento sociale è un fattore di rischio certo di malattia cardiaca. Le donne hanno reti sociali molto più ampie e più affidabili degli uomini. Uno studio del *New England Research Institute* ha rilevato che il 28% delle donne, ma solo il 9% degli uomini riferisce di poter contare su amici per il sostegno, e che gli uomini avevano 2.5 volte più probabilità delle donne di mancare di sostegno sociale. In generale, le donne condividono sentimenti con altre donne e hanno una notevole capacità di esprimere i loro pensieri ed emozioni.

► **Conclusioni**

Esistono differenze biologiche che possono facilitare o compromettere la comparsa di malattie, la loro espressione, la longevità per entrambi i sessi. Fino ad oggi una visione deterministica ha dominato il nostro pensiero, ritenendo che le differenze di genere osservate nei pattern di salute siano dovute esclusivamente a fattori biologici immutabili. Oggi questa interpretazione non è più sufficiente, ci ha anzi impedito di cercare ed esaminare specifici fattori culturali, ambientali e comportamentali che potrebbero essere modificabili attraverso sforzi mirati di assistenza sanitaria preventiva. Le differenze della salute di maschi e femmine è il risultato di un complesso mix di fattori biologici, sociali e comportamentali, ed è a questi ultimi che la medicina dovrebbe prestare maggior attenzione.

• *Articolo pubblicato anche in Brescia Medica 2019 (www.ordinemedici.brescia.it)*

Bibliografia disponibile a richiesta

Aderenza alla terapia e inerzia terapeutica: i dati lombardi real life

La Regione Lombardia raccoglie da 20 anni dati sulle prescrizioni dei medici (quali, quante, costo, frequenza di rinnovo), costruendo un database che fornisce informazioni per valutare l'aderenza dei pazienti a una terapia farmacologica e il fenomeno dell'inerzia terapeutica

Giuseppe Mancia - Professore Emerito - Medicina Interna, Università di Milano Bicocca

I trial clinici se da un lato rappresentano la forma più elevata di raccolta di evidenze cliniche, hanno anche dei grossi limiti: esclusione dall'arruolamento dei pazienti più vulnerabili, durata limitata per ragioni logistiche e di costo, consapevolezza da parte di pazienti e medici di essere sotto costante osservazione, fanno sì che i dati ottenuti non sempre sono applicabili alla vita reale. Emerge così la necessità di integrare le informazioni dei trial con dati provenienti dalla vita reale.

La Regione Lombardia ha iniziato circa 20 anni fa a raccogliere dati sulle prescrizioni dei medici (quali, quante, con quale costo, con quale frequenza di rinnovo), costruendo un database in grado di fornire informazioni per valutare l'aderenza dei pazienti a una terapia farmacologica e il fenomeno dell'inerzia terapeutica. Per farmaci forniti gratuitamente o quasi gratuitamente dal servizio sanitario come gli antipertensivi e gli ipolipemizzanti è possibile avere un'idea del livello di aderenza valutando il tempo coperto dalla prescrizione rispetto all'intero tempo di osservazione: se osservando l'andamento delle prescrizioni per 5 anni si verifica che il tempo coperto è limitato a 2.5 anni il paziente ha un'aderenza del 50%. E l'assenza di rinnovo prolungato della prescrizione di 3-6 mesi significa che il paziente ha smesso di trattarsi. Su 800mila pazienti lombardi nuovi ipertesi senza una pre-

scrizione nei 5 anni precedenti è risultato che i pazienti che per periodi prolungati non erano coperti da prescrizione erano più del 62% che solo il 24% aveva un tempo di copertura prescrittiva superiore al 75% dell'intero tempo di osservazione. Il medesimo fenomeno si è osservato in relazione alla terapia con statine. Il database è stato messo in correlazione con i ricoveri ospedalieri totali rivelando un'associazione tra aderenza e riduzione di ricoveri per infarto miocardico, ictus, scompenso cardiaco. Un altro fenomeno che i dati real life permettono di studiare è quello relativo ai fattori della vita reale che si associano a una maggiore o minore aderenza terapeutica. Alcuni di questi sono facilmente spiegabili: dopo un ricovero per malattia renale o cardiovascolare vi è una maggiore probabilità che l'aderenza alla terapia antipertensiva sia buona, probabilmente perché i pazienti sono consci dell'utilità del trattamento. Invece i pazienti che sono stati ricoverati per malattie reumatiche, respiratorie, oncologiche, hanno livelli di aderenza alla terapia antipertensiva decisamente minori, verosimilmente perché le priorità sanitarie sono altre. Sono stati anche osservati fenomeni totalmente sconosciuti in passato. Per esempio è emersa una relazione tra aderenza e densità di popolazione dell'area di residenza, dove le aree metropolitane sono quelle a minore ade-

renza rispetto alle aree rurali, verosimilmente perché entrano in gioco anche fattori "umani": nelle zone a minore densità abitativa è più probabile che si instauri un rapporto più stretto tra medico e paziente, facilitato anche da incontri occasionali fuori dello studio.

I fenomeni descritti sono stati osservati anche nei soggetti anziani e superanziani: studiando una coorte numerosa di soggetti con età media di 90 anni è emersa la medesima correlazione tra buona aderenza e riduzione del rischio cardiovascolare, allargando la portata delle evidenze che l'aderenza alla terapia conferma il beneficio preventivo anche in popolazioni particolari.

In conclusione va aggiunto però che anche questo tipo di studi ha delle limitazioni e presenta dei fattori confondenti: in primis il fatto che rinnovare una prescrizione non è garanzia di assunzione del farmaco da parte del paziente. E questo vuol dire che i dati reali sono ancora più drammatici di quanto non sia stato descritto. E sottolinea una volta di più quanto è grande il lavoro che ancora deve essere fatto in campo preventivo.



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

Mielopatia? No, è un disturbo di conversione

Il caso di questa paziente ha tratto in inganno numerosi specialisti. Dopo una prima diagnosi di mielopatia grave di presumibile origine cervicale la diagnosi più corretta è quella di un disturbo di conversione di tale intensità e talmente articolato, che è raro osservarne. Sulla guarigione della paziente ogni interpretazione è poi possibile...

Maurizio Ivaldi*, **Fabiana Ciullo****, **Mara Fiorese***, **Artiola Islami***, **Stefano Alice***

**Medicina Generale, Genova; **Dottore in Scienze e Tecniche Psicologiche, Genova*

Di primo mattino una paziente ultra-cinquantenne telefona al suo medico di famiglia, del quale è una nuova assistita e richiede di essere visitata a domicilio. I problemi che lamenta sono dispnea, e deficit dell'equilibrio, a cui si accompagna marcata astenia. Precisa che i sintomi sono insorti in pieno benessere il giorno prima e che stanno peggiorando.

► Visita domiciliare

Il giorno stesso, in tarda serata, il medico giunge a casa della paziente, che vive in un quartiere periferico, popoloso, molto trafficato, non socialmente degradato. La casa, nella quale il medico entra per la prima volta, è tipicamente borghese, pulita e ordinatissima, ad aprirgli la porta è una amica della malata, sua coetanea, che è accorsa ad accudirla, è la stessa persona che gli ha telefonato nel primo pomeriggio, sollecitando la visita.

La paziente è a letto, ha perso l'equilibrio in cucina, mentre cercava di cucinare il pranzo: "Non mi sono fatta male - dice - ma mi sono spaventata e ho preferito coricarmi". Le sue condizioni generali sono buone,

non sono presenti segni di trauma, e coerentemente con la recente insorgenza dei disturbi, i muscoli degli arti inferiori sono normotrofici, viene però rilevata una importante ipoestesia agli arti inferiori. A fatica e solo aiutandola nei passaggi posturali si riesce ad esaminare la deambulazione, che risulta possibile solo per pochi passi ed avviene mantenendo gli arti inferiori rigidi, strisciando i piedi per terra ed ondeggiando con il tronco. Secondo il medico di famiglia l'andatura paraparetico-spastica e l'ipoestesia agli arti inferiori sono elementi più che sufficienti per richiedere una visita neurologica con priorità breve.

► Visita specialistica

Lo specialista neurologo ambulatoriale della Asl vede la paziente da lì a 5 giorni e, giudicando il caso urgente, la invia al Pronto Soccorso, proponendo un ricovero ospedaliero.

► Primo ricovero ospedaliero

Dopo visite generali e specialistiche, esami ematici, Rx torace e TC encefalo, viene esclusa qualsiasi malattia neurologica di natura organica.

Viene disposta una osservazione breve durante la quale si verifica un netto miglioramento, si dimette quindi la paziente, che rientra nella propria abitazione e riprende il lavoro.

► Secondo ricovero ospedaliero

Per alcuni mesi le sue condizioni restano buone. Interrompe il periodo di benessere la comparsa di febbricola, astenia e dolori muscolari diffusi con ANA positivi e aumento della PCR. La paziente viene ricoverata in Reumatologia. Durante la degenza si verificano episodi di cefalea, disorientamento spazio temporale, debolezza muscolare con deficit della deambulazione. Sorge il sospetto di vasculite cerebrale. La RM encefalo risulta negativa. La PET total body evidenzia solo un'area infiammatoria a livello dell'origine della carotide comune sinistra.

• **Diagnosi.** Dopo 15 giorni di degenza la paziente viene dimessa con la diagnosi di connettivite indifferenziata e rinviata al curante con la prescrizione di terapia cortisonica (deflazacort 30 mg per 3 giorni 1 cpr, poi ½).



► Peggioramento

Dopo la dimissione si verifica un peggioramento. La paziente lamenta forti dolori ed ipoestesiane, debolezza e cadute piuttosto frequenti, che fortunatamente non causano danni. I disturbi del movimento stanno diventando cronici. Non riesce ad andare a lavorare e neppure a svolgere la sua abituale attività di volontariato parrocchiale, consistente in visite periodiche ad anziani soli e nella distribuzione di generi alimentari e vestiti a persone povere. Essendo divorziata e lavorando il suo unico figlio in un'altra città, viene lei stessa aiutata a turno da alcune delle amiche, che condividono il suo impegno nelle attività caritative.

Oltre alla terapia corticosteroidica assume una compressa di tramadolo 75 mg + dexketoprofene 25 mg in caso di dolore e 10 gocce di diazepam quando trema e si agita.

• **Ulteriori indagini.** Una nuova RM, questa volta al rachide lombosacrale, evidenzia 3 ernie discali in L3, L4, L5 con una listesi di L3.

Alla visita neurochirurgica lo specialista riscontra clono bilaterale agli arti inferiori ed andatura periparetica spastica, diagnostica una mielopatia grave di presumibile origine cervicale e richiede con urgenza una RM cervicale e toracica senza mdc. Tale esame evidenzia compressioni midollari di modesta entità da C4 a C7, un'area di opacità a livello di C5 e un angioma in D8.

Un ulteriore accesso al Pronto Soccorso per dispnea, debolezza, impossibilità a deambulare e disturbi sensoriali agli arti inferiori porta alla ripetizione di esami ematici, Rx torace, TC encefalo, che risultano tutti negativi compresa la PCR, viene visitata dallo specialista neuro-

logo che non riscontra nulla di significativo, neppure il clono agli arti inferiori evocato pochi giorni prima dal neurochirurgo.

► Risoluzione

Appena dimessa la paziente si reca dal curante, che afferma con decisione di essere davvero molto soddisfatto, perché finalmente i dati clinici e strumentali hanno chiaramente dimostrato che si possono escludere tutte le malattie più gravi, che il peggio è ormai passato e che quindi ci si deve attendere in breve tempo un recupero funzionale completo. "So che per lei è stato un percorso lungo e faticoso - dice il medico, tenendole una mano tra le sue - ma ne è valsa la pena, non abbiamo più dubbi, abbiamo certezze. Certezze di guarigione!". Effettivamente in pochi giorni le condizioni cliniche migliorano drasticamente: la paziente cammina normalmente, non ha più dolori e, di sua iniziativa, sospende ogni terapia.

La visita neurochirurgica di controllo dà riscontro negativo per la malattia ipotizzata in precedenza (mielopatia grave) vista la remissione dei sintomi, l'assenza di segni neurologici e la negatività alla RM. Per fugare ogni dubbio, viene concluso l'iter diagnostico con una RM con mdc alla colonna cervicale per valutare l'area di opacità presente all'altezza di C5 ed anche questo esame risulta negativo.

► Commento

Caratterizzata da grande Fede, la paziente attribuisce la "guarigione" a un miracolo conseguente alle sue preghiere a Dio. Gli episodi descritti sono avvenuti in un periodo di grave difficoltà esistenziale, perché

la paziente si sentiva sola dopo il trasferimento fuori città del figlio ed inoltre era convinta di essere poco apprezzata dal nuovo dirigente del suo ufficio, subentrato pensionamento ad un capo con cui lei aveva lavorato per molti anni, guadagnandone la stima. Si sentiva svalutata, ma essendo una persona piuttosto umile e molto mite si riteneva incapace di farsi valere. Al medico di famiglia non è sfuggito un suo rapido accenno al fatto che le stesse difficoltà relazionali avevano causato il fallimento del suo matrimonio, approfondirne i motivi con una persona così chiusa e riservata non è stato possibile ma qualunque essi siano stati è evidente che, pur a distanza di tanti anni, non sono ancora del tutto elaborati e superati. Essendo una persona profondamente cattolica, si potrebbe anche ipotizzare che essere divorziata sia per lei una fonte di sofferenza, perché considerata una mancanza morale.

Sulla guarigione della paziente ogni interpretazione è possibile anche quella della guarigione divina, ma non c'è dubbio che in questo caso si tratti di una guarigione soggettiva, cioè attestata dalla malata stessa nella totale assenza di reperti diagnostici oggettivi riferibili a qualsivoglia malattia neurologica di natura organica. Naturalmente ci piace pensare che un qualche effetto terapeutico sia attribuibile alla relazione col medico di famiglia, che ha cercato di tranquillizzarla, rassicurarla e confortarla.

A nostro avviso la diagnosi più corretta è quella di un disturbo di conversione di tale intensità e talmente articolato, che è raro vederne e che, mimando in modo clamoroso malattie neurologiche molto gravi e invalidanti, ha tratto in inganno numerosi specialisti.

Assunzione di farmaci: tempistica e rapporti con gli alimenti

Soprattutto nelle terapie croniche, l'aderenza è un fattore critico. Il momento di assunzione dei farmaci dovrebbe massimizzare gli effetti terapeutici e minimizzare quelli avversi. Se possibile, le dosi e i momenti di assunzione si dovrebbero integrare con la routine quotidiana del paziente

Gilberto Lacchia

Medico di medicina generale - Ivrea (TO) - <http://prescrivere.blogspot.com>

Informazioni specifiche sull'assunzione in rapporto ai pasti esistono per meno della metà dei farmaci di uso comune e a volte fonti diverse possono fornire indicazioni contraddittorie per la mancanza di aggiornamento quando sono disponibili nuove informazioni.

Gli alimenti possono aumentare o diminuire l'assorbimento e anche migliorare la tollerabilità gastrica. Per diversi farmaci esistono istruzioni specifiche riguardo l'assunzione in relazione ai pasti (*tabella 1*). L'istruzione "assumere con i pasti" indica un'assunzione entro 30 minuti dal pasto, mentre con "a stomaco vuoto" si intende un'assunzione che avviene un'ora prima o due ore dopo il pasto.

Il cibo può ridurre l'assorbimento di alcuni principi attivi (bifosfonati, metronidazolo, levotiroxina), aumentarlo (rivaroxaban) o migliorarne la tollerabilità (macrolidi: sono assorbiti meglio a stomaco vuoto, ma può essere accettabile l'assunzione con i pasti per migliorare la tollerabilità). A volte il cibo può migliorare l'effetto terapeutico (sulfaniluree: consigliate con i pasti per ridurre il rischio di ipoglicemia;

acarbiosio: va assunto con i pasti per massimizzare il ritardo di assorbimento dei carboidrati) o la tollerabilità (FANS, steroidi, macrolidi, metronidazolo).

► Nutrienti particolari

Alcuni specifici nutrienti possono interferire con l'assorbimento o l'effetto del farmaco: per esempio, i cibi ricchi di calcio riducono l'assorbimento di chinolonici e tetracicline; i pasti altamente proteici riducono la biodisponibilità della levodopa; la vitamina K riduce l'effetto del warfarin; i cibi e gli integratori ad alto contenuto di potassio non si dovrebbero associare ad ACE-inibitori e diuretici risparmiatori di potassio per il rischio di iperkaliemia.

L'alcol, benché non propriamente un alimento, può causare interazioni farmacologiche anche gravi. Oltre a potenziare l'effetto sedativo di alcune terapie (benzodiazepine, antidepressivi, antistaminici), può causare una reazione disulfiram-simile se assunto durante un trattamento con metronidazolo, griseofulvina e alcune cefalosporine.

Quale momento della giornata?

Il momento della giornata per assumere un farmaco non è sempre chiaro.

► Antibiotici

Le dosi multiple vanno distanziate in modo uguale durante il giorno. Le monodosi possono essere assunte alla sera, come la fosfomicina, per massimizzare le concentrazioni urinarie durante la notte, o al mattino, come la doxiciclina da assumere, senza coricarsi, con il cibo e molta acqua per ridurre il rischio di ulcere esofagee. Sulla scheda tecnica della ciprofloxacina è indicato che il farmaco può essere assunto indipendentemente dai pasti, ma è stato osservato che può formare complessi non assorbibili con ioni metallici come il calcio, per cui è preferibile l'assunzione a stomaco vuoto.

► Antidepressivi

Quelli con effetto sedativo sono preferibili alla sera (mianserina, mirtazapina, trazodone, triciclici, paroxetina, fluvoxamina); alcuni SSRI possono causare insonnia e vanno assunti al mattino (fluoxetina).

► **Corticosteroidi**

Dato il ritmo circadiano del cortisolo, con maggiori concentrazioni mattutine, le dosi di mantenimento vanno assunte al mattino (a stomaco pieno) per minimizzare l'inibizione dell'ACTH.

► **FANS**

Benché non esistano studi pubblicati che dimostrino che il cibo riduce il danno gastrico da FANS, l'assunzione dopo i pasti migliora la tollerabilità. Nel dolore acuto l'ibuprofene può essere assunto a stomaco vuoto con molta acqua per accelerare l'effetto analgesico e aumentare i picchi plasmatici. Nei pazienti ad alto rischio di ulcera da FANS è più opportuna la profilassi (per esempio con inibitori di pompa) piuttosto che la semplice assunzione con gli alimenti.

► **Inibitori di pompa**

L'assunzione è consigliata mezz'ora prima del pasto, al mattino se i sintomi sono prevalentemente diurni o alla sera se notturni.

Nei pazienti che assumono levotiroxina (che viene assorbita meglio in ambiente acido) è preferibile spostare l'inibitore di pompa mezz'ora prima di pranzo.

► **Statine**

L'HMG-CoA reduttasi segue un ritmo circadiano ed è prodotta principalmente tra mezzanotte e le 6 del mattino. Le statine con emivita breve (simvastatina, lovastatina, fluvastatina, pravastatina) vanno assunte alla sera, mentre atorvastatina e rosuvastatina possono essere assunte in ogni momento del giorno.

Tabella 1

Interazioni cibo-farmaci: meccanismi

Meccanismo	Farmaci o classi farmacologiche	Implicazioni	Azioni
Scarsa stabilità in ambiente acido	<ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina • Ampicillina • Eritromicina (alcuni sali) • Isoniazide • Fenossimetilpenicillina 	L'esposizione all'acido e la prolungata residenza gastrica porta al degrado chimico e alla ridotta biodisponibilità con rischio di fallimento terapeutico	Assumere a digiuno (o un'ora prima o due ore dopo il pasto)
Chelazione	<ul style="list-style-type: none"> • Bifosfonati • Ciprofloxacina • Norfloxacina • Penicillamina 	Effetto terapeutico ridotto	Assumere a digiuno (o un'ora prima o due ore dopo il pasto)
Dipendenza da un ambiente acido	<ul style="list-style-type: none"> • Amprenavir • Itraconazolo (capsule) • Ketoconazolo 	L'assorbimento dipende dall'ambiente acido	Assumere ai pasti (entro 30 minuti)
Gli acidi biliari e il grasso facilitano l'assorbimento	<ul style="list-style-type: none"> • Acitretina • Carbamazepina • Griseofulvina • Isotretinoina • Alofantrina • Meflochina • Saquinavir • Tacrolimus 	Biodisponibilità migliorata	Assumere ai pasti (entro 30 minuti)
Legame fisico/assorbimento	<ul style="list-style-type: none"> • Digossina 	La digossina può legarsi alle fibre riducendo la sua biodisponibilità	Evitare di ingerirla con fibre o di assumerla ai pasti
Ridotto svuotamento	Molti farmaci	Tasso di assorbimento ridotto	Entro 30 minuti dai pasti

► **Antipertensivi**

Esistono diversi studi sulla cronoterapia nell'ipertensione arteriosa e alcuni suggeriscono che assumere una o più dosi alla sera riduca di più il rischio cardiovascolare rispetto all'assunzione di tutte le dosi al mattino. I risultati del grande studio randomizzato TIME (Treatment in Morning versus Evening) sono attesi per fine 2019. Nel frattempo si consiglia di far assumere gli antipertensivi nel momento migliore per massimizzare l'aderenza alla terapia.

Per i diuretici è migliore l'assunzione al mattino per non interferire con il sonno; se è necessaria una seconda dose, i diuretici dell'ansa vanno assunti subito dopo mezzogiorno e i tiazidici prima delle 18.

Bibliografia

- When should I take my medicines? *Aust Prescr* 2019; 42:86-9.
- Meals and medicines. *Aust Prescr* 2006; 29: 40-2.
- The Treatment In Morning versus Evening (TIME) study: analysis of recruitment, follow-up and retention rates post-recruitment. *Trials* 2017; 18: 557.

Incertezza in medicina e interazione con il paziente

Chi ha la certezza assoluta, scevra dal dubbio, parla “al” paziente ma non parla “con” il paziente. Il medico oggi dovrebbe andare incontro alle esigenze della persona che ha di fronte, rassicurandolo per riaffermare la sua dignità

Francesco DiMeco

*Direttore Dipartimento Neurochirurgia - Istituto Neurologico Besta, Milano
Assistant Professor Dipartimento Neurochirurgia - John Hopkins Medical School, Baltimora*

Sir William Osler, considerato il padre della medicina moderna affermò “La medicina è una scienza di incertezza e un’arte di probabilità”.

C’è stata chiaramente una generale evoluzione della medicina e al suo interno della neurochirurgia, passata dalla tecnica digitoplastica di rimozione del tumore, all’odierna ricchezza di tecnologia che ci permette di compiere gesti che all’epoca comportavano morbilità e mortalità elevatissime. Oggi abbiamo tecniche di neuronavigazione che funzionano come dei GPS che ci indicano dove ci troviamo in un momento preciso. Oppure la risonanza magnetica intraoperatoria, le tecniche di fluorescenza per meglio evidenziare il tumore o il miglioramento dell’ecografia, perché oggi in sala operatoria è essenziale usarla. Poi abbiamo tecniche di imaging avanzato come la realtà virtuale con cui è possibile ricostruire, segmentare il cervello mettendo in evidenza tutto quello che ci serve vedere per valutare come rimuovere i problemi senza toccare strutture che non possono essere toccate pena il danno per il paziente.

Si arriva anche a poter simulare il caso concreto, per esempio un

aneurisma della cerebrale media che può essere “clippato” in modo da escluderlo dal flusso sanguigno, così da avere un’idea non solo della direzione nella quale ci dobbiamo muovere ma anche del tipo di “clip” da utilizzare.

► Si lascia poco margine al dubbio?

Ciò nonostante, l’aforisma di Osler è ancora valido. Oggi, forse un po’ colpevolmente, nelle scuole di medicina si veicola l’idea che tutto sia riducibile alla formula di un’equazione,

$$a+b=c$$

e che da qui si passi direttamente alla cura.

Nella pratica spesso ciò non accade, allora bisogna fare una riflessione: il medico che mostra grande certezza è un medico che sostanzialmente lascia poco margine al dubbio e anche al processo di *decision making* che nella sua pienezza non può che scaturire dall’interazione diretta tra medico e paziente, nella quale il medico si trasforma anche in una sorta di psicologo, in grado di interpretare i bisogni, il vissuto e quello che sta intorno al paziente.

Chi ha la certezza assoluta, scevra dal dubbio, parla al paziente ma non parla con il paziente e questa è un’esigenza alla quale dovremmo rispondere. Capisco che mantenere la certezza permetta al medico di avere vari vantaggi, come mantenere un certo potere di tipo professionale, il controllo del processo di *decision making* e forse anche l’aura di infallibilità che molti portano con loro nell’approccio con il paziente. Non si può però dimenticare che la malattia comporta uno stato di vulnerabilità che può annullare la coscienza e financo la dignità del paziente. Questo era ben presente a Cushing, al quale accadde di essere ricoverato da Osler, che disse che l’uomo che “si toglie i pantaloni”, e purtroppo il malato se li toglie sia concretamente sia simbolicamente, perde il senso di sé, la propria autonomia, dignità e quindi può perdere totalmente la speranza. Allora, come dice Chochinov, il medico dovrebbe forse pensare a se stesso come a una sorta di specchio che deve riflettere qualcosa, andando incontro alle esigenze del paziente, rassicurandolo, riaffermando la sua dignità. Per fare questo il medico si deve spogliare di quell’aura di professionalità

tà, di dottrina, che non può che mettere in una condizione di minorità il paziente. C'è bisogno di umiltà che facilita anche la dismissione della certezza assoluta.

► **Consenso informato: mare agitato o deserto arido?**

Qui introduco il tema del consenso informato che può assumere due forme completamente differenti, un mare agitato o un deserto arido. Nel mondo anglosassone si "rovesciano" una serie enorme di informazioni sui pazienti, come opuscoli di 50 pagine per il tumore cerebrale, mentre nel mondo latino in due righe condensiamo i rischi che il paziente corre. Questo è un problema importante come testimonia il crescente numero di articoli dedicati al tema nella letteratura scientifica. È anche un problema sociale perché riguarda i costi per la spesa del contenzioso medico legale che a breve saranno insostenibili. Comunicare, oltre a rispondere a un'esigenza etica, può migliorare il contenzioso.

► **Primo centro di simulazione chirurgica**

Cinque anni fa presso il mio Istituto abbiamo fondato un programma che si chiama "ISOB in patient safety on board" sviluppato con piloti dell'aeronautica, militare e civile, e con un astronauta. Abbiamo voluto trasferire e riadattare sul piano medico i loro protocolli per evitare incidenti. Uno dei punti cruciali di questo programma è stata la simulazione, abbiamo creato il primo centro di simulazione chirurgica in Europa che è forse anche il più equipaggiato al mondo. Abbiamo numerosi macchinari, due di essi in particolare, Virtual Proteins e Surgi-

cal Theater ci permettono di fare un planning chirurgico preoperatorio, in maniera da poter segmentare le strutture cerebrali, identificare il tumore, stabilire il rapporto tra tumore e vasi, tra tumore e aree eloquenti. In questo modo abbiamo sia una pianificazione accurata dell'intervento, sia la possibilità di illustrare la situazione al paziente, facendogli vedere anche quali sono le difficoltà connesse.

La nostra procedura prevede di sottoporre al paziente al momento della controfirma del consenso informato, questo tipo di informazione, sostenendo un colloquio per mezzo di imaging avanzato. Abbiamo quindi fatto uno studio per verificare se i pianificatori chirurgici possono realmente migliorare la comunicazione. Tale studio è stato argomento della tesi di laurea di Tommaso Galbiati, uno studente ora "dottore", che ne ha anche riportato i risultati. L'auspicio era quindi riscontrare un miglioramento della comunicazione con il paziente e aiutare quest'ultimo a comprendere bene la natura della sua patologia, il tipo di intervento proposto, i benefici attesi, le possibili complicanze e le alternative disponibili.

► **Cosa dimostra lo studio**

- **Coordinate principali del disegno:** è stata fatta una valutazione preliminare dei pazienti, che sono poi stati randomizzarli in tre gruppi: uno andava incontro alla somministrazione del consenso informato secondo tecniche tradizionali, gli altri due con l'ausilio ciascuno di una delle due macchine citate. La popolazione dello studio era costituita da pazienti tumorali, che rappresentano la quasi totalità dei pazienti da noi trattati. La valutazione preliminare dei pazienti era tesa a evi-

denziare il livello di funzionamento cognitivo, comprensione verbale, memoria, ansia di stato piuttosto che di tratto. In seguito al colloquio, i pazienti rispondevano a domande sul loro gradimento dello stesso, sul loro stato d'ansia e sul loro grado di comprensione dei contenuti trattati. I risultati hanno mostrato che con l'ausilio delle tecniche di imaging avanzato c'è stato un gradimento da parte dei pazienti di gran lunga superiore rispetto al sistema convenzionale.

Per quanto riguarda l'ansia abbiamo riscontrato un debole miglioramento, non statisticamente significativo. Rispetto alla comprensione soggettiva, basata sulla percezione del paziente in risposta alla domanda "ha capito?", il risultato è stato più o meno analogo. Il miglioramento, invece, è stato significativo nella comprensione oggettiva, cioè quella che abbiamo verificato ponendo domande precise sulla condizione clinica e sulle possibili complicanze. Per concludere, lo stato di malattia è angosciante e devastante, quindi è importante da parte nostra riuscire a entrare in un contatto empatico e instaurare un rapporto fiduciario. Questo è un dovere etico, ma forse può anche aiutare a ridurre i contenziosi legali. Citando ancora Chochinov, per il quale alla professione medica non basta, e non è nemmeno utile, mangiare semplicemente una "torta di umiltà", se tutti i medici ne prendessero un boccone probabilmente la nostra pratica cambierebbe in maniera considerevole.

- *L'argomento è stato oggetto di una relazione al Convegno "Relazione di cura e gestione dell'incertezza in medicina" organizzato da Fondazione Quarta (www.fondazionegiancarloquarta.it)*

ASA in prevenzione primaria nel diabetico

Le nuove linee guida ESC-EASD riconoscono il beneficio preventivo di ASA a basse dosi nel paziente diabetico in prevenzione primaria, purché a rischio cardiovascolare elevato. Inoltre sottolineano l'utilità della prevenzione gastrica con PPIs

Le complicanze macrovascolari rappresentano la causa principale di morbilità e mortalità nei pazienti con diabete di tipo 2. In questo contesto è ben documentato e non vi è dubbio che l'uso di acido acetilsalicilico (ASA) a basse dosi riduce il rischio di eventi in un ampio spettro di pazienti con patologie vascolari in prevenzione secondaria.¹ Attualmente oggetto di confronto all'interno della comunità medico-scientifica è l'uso di ASA a basso dosaggio in prevenzione primaria nel diabetico, tant'è che questo è stato uno degli argomenti maggiormente dibattuti al congresso 2019 della European Society of Cardiology (ESC) di Parigi. Sono state anche presentate le nuove linee guida ESC sul diabete, sviluppate in collaborazione con l'EASD, che hanno confermato il ruolo di ASA a basse dosi in prevenzione primaria nel diabetico ad alto/altissimo rischio, naturalmente in assenza di chiare controindicazioni.²

► Studio ASCEND

Queste raccomandazioni nascono da una analisi dei risultati di ASCEND (A Study of Cardiovascular Events in Diabetes, 2018),³ il più grande studio di prevenzione cardiovascolare in pazienti diabetici nel quale si è valutato l'impatto dell'impiego di ASA 100 mg sugli esiti (endpoint primario IMA, ictus, TIA, morte per qualsiasi causa CV). Nello studio era emerso un significativo effetto protettivo di ASA a basse dosi, con riduzione degli eventi cardiovascolari maggiori del 12%. Un effetto

registrato in pazienti intorno al 10% di rischio cardiovascolare.

► Dibattito

Attorno allo studio è seguito un ampio dibattito perché gli autori hanno segnalato che all'effetto protettivo di ASA 100 mg si associava anche un aumento dei sanguinamenti non fatali, peraltro non rilevante (4.1% vs 3.2% placebo) ma che, secondo gli AA penalizzava il beneficio clinico netto della terapia. Interessante per la pratica clinica sono le osservazioni che ne sono conseguite: l'80% dei soggetti non riceveva un inibitore di pompa protonica (PPIs) e dunque è auspicabile un loro più ampio utilizzo, che anche nello studio avrebbe limitato l'incidenza di sanguinamenti del tratto gastrointestinale alto. Non a caso le nuove linee guida europee raccomandano l'uso di PPIs per fornire al diabetico in terapia con ASA una adeguata protezione. Inoltre il profilo di rischio CV del paziente diabetico è sovrapponibile a un paziente non diabetico con pregresso evento CV: oltre il 50% dei diabetici senza pregresso evento hanno comunque un danno vascolare/d'organo, un dato che aumenta l'urgenza di proteggere il soggetto nel miglior modo possibile con le armi terapeutiche a disposizione. Il dato più significativo dello studio è stato l'effetto protettivo cardiovascolare di ASA 100 mg, una protezione auspicabile nei soggetti diabetici ad elevato rischio CV, che naturalmente non abbiano controindicazioni.

► Dose di ASA da utilizzare in prevenzione primaria

Lo studio ASCEND è stato realizzato con le compresse gastroresistenti da 100 mg, le linee guida indicano 75-100 mg. In Italia va tenuto in considerazione che AIFA ha concesso l'indicazione in prevenzione primaria solo alla dose da 100 mg.

► Altre proprietà di ASA

"ASA (acido acetilsalicilico) a basse dosi riduce l'incidenza complessiva di cancro del 24% a partire dal quarto anno di trattamento": è il beneficio clinico registrato nel paziente in prevenzione primaria ad elevato rischio cardiovascolare autorizzato da AIFA nella scheda tecnica di Cardioaspirin 100 mg (5.1 Farmacodinamica),⁴ un dato interessante anche se, va precisato, non costituisce indicazione di prodotto. La decisione di AIFA si è basata su numerose evidenze scientifiche emerse da studi indipendenti sull'effetto di basse dosi di ASA nel ridurre sia l'incidenza che la mortalità di varie forme di tumore nei pazienti in prevenzione cardiovascolare, con dati più consistenti a sostegno di un effetto chemopreventivo contro il cancro del colon-retto.

Bibliografia

1. *Circulation* 2003; 108(12): 1527-32.
2. *Eur Heart J* 2019 Aug 31. pii: ehz486. doi: 10.1093/eurheartj/ehz486
3. *N Engl J Med* 2018; 379: 1529-39.
4. RCP Cardioaspirin 100 mg



NUTRIENTI e SUPPLEMENTI

INFORMAZIONE QUALIFICATA DA FONTI QUALIFICATE



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



DISLIPIDEMIA E INTEGRATORI NELLE LINEE GUIDA EUROPEE



DEPRESSIONE E BENEFICI DI UNA DIETA SANA



NUTRACEUTICI E DIETA NELLA MALATTIA PROSTATICA



OMEGA-3, CONFERME SUI BENEFICI CV



SPEZIE E REAZIONI CROCIATE CON I CIBI



DIETA CHETOGENICA E KETON BODIES NELL'ATLETA

Dislipidemia e integratori nelle linee guida UE

Un intero capitolo del documento Esc/Eas è dedicato al ruolo di integratori e alimenti funzionali

■ Abbassare il c-Ldl quanto più possibile, soprattutto nei soggetti ad alto rischio CV. Questo il messaggio chiave delle nuove linee guida sulle dislipidemie delle Società europee di cardiologia (Esc) e dell'aterosclerosi (Eas) (*European Heart Journal*, ehz455, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>). I farmaci (statine, ezetimibe, inibitori del Pcsk9) sono i migliori alleati per raggiungere tali obiettivi nelle persone ad alto rischio, ma un intero capitolo del documento è dedicato al ruolo degli integratori e degli alimenti funzionali.

Alberico Catapano, Ordinario di Farmacologia, Università degli studi di Milano e chairman linee-guida Esc-Eas sintetizza: "Sono da favorire alimenti a bassa densità calorica, moderando il consumo di acidi grassi saturi e sempre con la raccomandazione di 'mangiare ciò che si consuma', evitando eccessi. Se la dieta non basta, possiamo considerare l'uso di integratori alimentari, in particolare monacolina K e berberina.

Per la monacolina K il dosaggio attivo varia tra 2.5 e 10 mg/die, permettendo una riduzione del c-Ldl del 15-20%. Attenzione alla qualità dei diversi prodotti presenti sul mercato".

Fitosteroli. Il consumo di 2 g di fitosteroli/die può ridurre i livelli di colesterolo totale (CT) e c-Ldl del 7-10%, con un certo grado di eterogeneità tra gli individui, mentre ha un effetto scarso o nullo sui livelli di c-Hdl e trigliceridi (Tg). A oggi, non sono stati condotti studi in merito alle conseguenze degli effetti sulle malattie CV.

Sulla base della riduzione del c-Ldl e dell'assenza di eventi avversi, è possibile prendere in considerazione alimenti funzionali con steroli/stanoli vegetali (≥ 2 g/die con il pasto principale):

- A. in soggetti con livelli elevati di colesterolo ma rischio CV medio-basso per i quali non è indicata la terapia farmacologica;
- B. in aggiunta alla terapia farmacologica nei pazienti ad

alto e altissimo rischio che non riescono a raggiungere gli obiettivi di c-Ldl con le statine o non possono essere trattati con esse;

C. in adulti e bambini (di età >6 anni) con ipercolesterolemia familiare, in linea con le attuali indicazioni.

Monacolina e riso rosso fermentato. Nell'unico trial clinico randomizzato oggi disponibile, condotto in soggetti con malattia aterosclerotica, un estratto parzialmente purificato di riso rosso fermentato ha ridotto gli eventi ricorrenti del 45%. È stato osservato un effetto ipocolesterolemico clinicamente rilevante (fino a una riduzione del 20%) con estratti che hanno fornito una dose/die di monacolina K 5-10 mg. I nutraceutici contenenti riso rosso fermentato purificato possono essere presi in considerazione in soggetti con elevate concentrazioni plasmatiche di colesterolo per i quali però non è necessario un trattamento con statine in considerazione del loro rischio CV globale. È necessario implementare i controlli sulla composizione quantitativa e qualitativa di questi prodotti.

Fibre. Le evidenze suggeriscono un ruolo dei beta-glucani, fibre viscosi di cui sono assai ricchi avena e orzo, nell'abbassare i livelli di Tc e c-Ldl. Gli alimenti arricchiti con queste fibre o gli integratori alimentari sono efficaci e ben tollerati. Tuttavia, il dosaggio necessario per ottenere una riduzione clinicamente rilevante, pari al 35%, dei livelli di c-Ldl varia dai 3 ai 10 g/die a seconda del tipo specifico di fibra.

Soia. L'effetto ipocolesterolemizzante della soia è generalmente attribuito al suo contenuto di isoflavoni e fitoestrogeni. Le proteine della soia sono in grado di indurre

una modesta riduzione del c-Ldl quando assunte *in vece* di proteine di origine animale.

Policosanoli. I policosanoli estratti da canna da zucchero, riso o germe di grano non hanno effetti significativi sui livelli di c-Ldl, c-Hdl, Tg, ApoB, Lp (a), omocisteina, proteina C-reattiva, fibrinogeno, fattori di coagulazione del sangue.

Berberina. Una recente meta-analisi ha valutato i suoi effetti sui lipidi plasmatici insieme a un intervento sullo stile di vita rispetto al placebo indicando indubbiamente un'azione più marcata sull'abbassamento di c-Ldl e Tg nel gruppo berberina rispetto ai controlli. Tuttavia, a causa della mancanza di studi clinici randomizzati di elevata qualità, l'efficacia della berberina nel trattamento della dislipidemia deve essere ulteriormente convalidata, senza trascurare l'aspetto della biodisponibilità dei diversi preparati, oggetto oggi di grande dibattito.

Omega-3. Le dosi farmacologiche di acidi grassi n-3 a catena lunga (2-3 g/die) riducono i livelli di Tg di circa il 30% nonché la risposta lipemica post-prandiale, ma i dosaggi più elevati rischiano di far aumentare i livelli di c-Ldl. L'acido alfa-linolenico è meno efficace del linoleico nel modificare i livelli di Tg. È stato osservato un rischio significativamente più basso di eventi ischemici, compresa la morte CV, in pazienti con livelli di Tg elevati, nonostante l'uso di statine, trattati con 2 g b.i.d. di icosapent ethyl.



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

Depressione e benefici di una dieta sana

In sole tre settimane di alimentazione adeguata i sintomi depressivi possono regredire

■ Basta cambiare abitudini alimentari privilegiando frutta, verdura e pesce e carne magra e, in sole tre settimane, i sintomi depressivi subiscono una netta inversione di tendenza. Sono le conclusioni di uno studio, "pioniere" in questo ambito (*PlosOne 2019; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222768>*).

I ricercatori hanno coinvolto 76 giovani tra i 17 e i 35 anni, con sintomi depressivi di entità da moderata a elevata; la loro dieta era ricca di zuccheri, grassi saturi e cibi trasformati. Sono stati suddivisi in due gruppi, seguiti per tre settimane. Il primo era attentamente monitorato: veniva fornita consulenza nutrizionale, con invito specifico, da una parte, a un maggior consumo di verdura, frutta,

cereali integrali, proteine (carne magra, pollame, uova, tofu, legumi), latticini non zuccherati, pesce, frutta secca, olio d'oliva, spezie (curcuma e cannella) e, dall'altra, a consumare il meno possibile zuccheri raffinati, carni grasse o trasformate e soft-drink. Al secondo gruppo si è chiesto di ripresentarsi dopo tre settimane.

I risultati finali evidenziano come in sole tre settimane, nel gruppo che aveva modificato le proprie abitudini alimentari i sintomi depressivi erano in remissione con netti miglioramenti per quanto riguarda ansia, tono dell'umore e performance cognitive. Nel gruppo di controllo, invece, situazione assolutamente invariata. I benefici permanevano anche a distanza di tre mesi.

Nutraceutici e dieta nella malattia prostatica

Un focus sul ruolo dei nutraceutici nell'ipertrofia prostatica benigna e nel cancro prostatico

■ Un gruppo interdisciplinare italiano ha fatto il punto sull'impiego dei nutraceutici nella prevenzione e nel trattamento dell'ipertrofia prostatica benigna (Ipb) e del cancro prostatico (*Archivio italiano di urologia e andrologia* (<https://doi.org/10.4081/aiua.2019.3.139>)).

Prima di affrontare il tema gli AA hanno sottolineato il ruolo della dieta nell'incidenza e nel trattamento della malattia prostatica. Si sottolinea come la dieta mediterranea sia ricca di nutrienti con proprietà antiossidanti che, con un moderato apporto di prodotti derivati dal latte e di vino fungono da fattore protettivo per il cancro alla prostata. Un basso apporto di proteine animali e un alto consumo di frutta e verdura, licopene e zinco si confermano un fattore protettivo per l'Ipb.

Serenoa repens e altre piante. Nel trattamento dei sintomi dell'Ipb, *Serenoa repens* è stata studiata in monosomministrazione o in combinazione con altre piante medicinali, alfa-bloccanti e inibitori della 5-alfa reduttasi (5-Ari). Le più recenti metanalisi ne hanno evidenziato un'efficacia simile, se non inferiore, a quella di finasteride e tamsulosina, ma superiore a quella del placebo nel trattamento dei sintomi lievi e moderati delle basse vie urinarie (Luts) e della nicturia. *Urtica dioica*, *Pygeum africanum* e *Curcubita pepo* possono essere considerati in aggiunta alle terapie standard, un impiego supportato da studi che mostrano il miglioramento degli indici Ips

(*International prostatic symptoms score*) e flussimetrici.

Carotenoidi e sali minerali. La combinazione di licopene e selenio con *Serenoa repens* si è dimostrata in grado di ridurre l'infiammazione in sezioni istologiche di prostata e migliorare ulteriormente sintomi e flusso urinario in pazienti con Ipb in trattamento con tamsulosina. Effetti simili si ottengono anche con altri carotenoidi (astaxantina) e/o con lo zinco e vi sono studi clinici che evidenziano l'efficacia sui sintomi Ipb di alcuni polifenoli (quercitina, equolo e curcumina).

Estratti di polline, Beta-sitosterolo, Pea. L'estratto di polline è una miscela di componenti naturali in grado di inibire diverse sintesi di citochine, prostaglandine e leucotrieni con un potente effetto antinfiammatorio. Da un punto di vista clinico, si è dimostrato in grado di migliorare significativamente sintomi e qualità della vita nei pazienti con sindrome del dolore pelvico cronico e prostatite cronica.

Cancro prostatico. Diversi prodotti di origine vegetale sono stati sottoposti a indagini precliniche, in vitro e in vivo, per la loro potenziale attività farmacologica contro il ca alla prostata, mentre sono ancora pochi, benché significativi, gli studi epidemiologici o clinici condotti in quest'ambito. Alcune specie di piante meritano un'indagine più intensa, come la *Camelia sinensis* (tè verde o nero), il *Solanum lycopersicum* (pomodoro comune), il *Glycine max* (soia comune) e il *Linum usitatissimum* (lino).

Omega-3, conferme sui benefici CV

L'integrazione con omega-3 può svolgere un ruolo importante in pazienti selezionati

■ Il consumo giornaliero di omega-3 riduce il rischio di infarto, morte per coronaropatia o altre cause cardiovascolari ma non di ictus. Queste le conclusioni di una metanalisi pubblicata su *JAMA* (2019; 8:e013543). Si tratta dell'aggiornamento di una metanalisi precedente cui sono stati aggiunti i dati di altri tre trial: Vital, sino a oggi il più ampio mai condotto sugli omega 3, Ascend e Reduce-it. La popolazione esaminata è stata così di circa 130mila persone, provenienti da 13 trial randomizzati. Nel 40% dei casi si trattava di diabetici, mentre il 72% utilizzava farmaci anticolesterolo. La dose di omega 3 variava tra 376 e 4.000 mg/die. Il con-

sumo giornaliero di omega-3 determinava un minor rischio di eventi CV, eccetto l'ictus, rispetto al placebo, con un 8% in meno di infarto o morte per malattia coronarica. Un effetto nettamente dose-risposta che suggerisce un dosaggio consigliato sopra gli 840 mg/die. Così Joann Manson coordinatore dello studio Vital sugli omega-3: "Sebbene sia sempre opportuno insistere su un maggior consumo di pesce, una dieta sana, maggiore attività fisica e l'adozione di altri stili di vita benefici per la salute del cuore, questo studio suggerisce che l'integrazione con omega-3 può svolgere un ruolo importante in pazienti selezionati".

Spezie e reazioni crociate con i cibi

Si stima che l'allergia alle spezie sia responsabile di circa il 2% di tutte le allergie alimentari

Il pepe rosa può causare reazioni in chi è allergico agli anacardi; il pepe Sichuan ha una "parentela" con gli agrumi e può scatenare allergia in chi ha problemi con arance, mandarini o limoni. Una delle più comuni componenti del curry, il fieno greco, è un elemento pericoloso per chi è allergico alle arachidi.

Sono solo alcuni esempi del potenziale allergenico delle spezie, tra gli argomenti principali di discussione del recente Congresso Aaiito (Associazione allergologi e immunologi italiani territoriali e ospedalieri) di Milano.

"Gli allergologi americani hanno recentemente stimato che le allergie alle spezie colpiscono il 2-3% degli adulti e fino all'8% dei bambini con meno di sei anni, considerando quindi l'allergia alle spezie come la responsabile di circa il 2% di tutte le allergie alimentari", sottolinea **Valerio Pravettoni**, allergologo, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

Ma quante sono le spezie? Cercando di restringere il campo alle sole spezie che vengono macinate e setacciate per

ottenere in genere la consistenza di una polvere, l'International organization for standardization (Iso) ne conta 109 tipi diversi, delle quali circa la metà è prodotta e lavorata in India. Le proteine allergeniche contenute nelle spezie sono riconducibili a quattro grosse categorie: Pr10, Profilina, Storage Protein ed Ltp. La presenza di queste molecole, quindi, costituisce una mappa per determinare quali allergeni sono presenti nelle diverse spezie e per districarsi nel complesso settore delle allergie crociate.



Dieta chetogenica e Keton bodies nell'atleta

Schemi a basso contenuto di carboidrati e ad alto contenuto di grassi fino alla dieta chetogenica

Il carburante preferito negli sportivi è da sempre rappresentato dai carboidrati, utili a garantire scorte di glicogeno ai muscoli. "Ultimamente la nutrizione sportiva sta prendendo sempre più in considerazione schemi a basso contenuto di carboidrati e ad alto contenuto di grassi fino agli estremi della dieta chetogenica, con i corpi chetonici che diventano una fonte alternativa di energia ai carboidrati - spiega **Fabrizio Angelini**, Presidente Sinseb (Società italiana di nutrizione sport e benessere). Il significato di questi approcci nutrizionali è quello di avere a disposizione dell'atleta una fonte al-

ternativa di energia, che in alcuni casi può essere anche una fonte di risparmio di glicogeno muscolare da utilizzare in un secondo momento. La dieta chetogenica è sicuramente utile per esempio negli sport che prevedono delle categorie di peso (combattimento, sollevamento pesi) o anti-gravitazionali, mentre per sport di endurance dipende dall'intensità dell'esercizio".



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

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

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

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