

MEDICINAE DOCTOR

Anno XXVIII, numero 7 - 2021

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

IN QUESTO NUMERO

FOCUS ON

6

Cure Primarie e Pnrr, scenari a breve e lungo termine nel documento delle Regioni

CONTRAPPUNTO

8

Processo alla nostra libertà e indipendenza professionale

RICERCHE

32

Ecografia toracica territoriale nella pregressa infezione da Sars-CoV-2

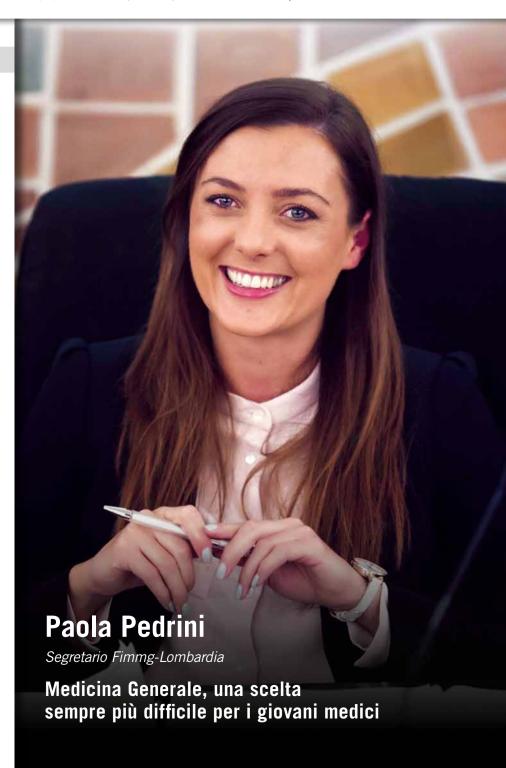
MANAGEMENT

36

Multimorbilità e polifarmacoterapia



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





M.D. Medicinae Doctor

Anno XXVIII numero 7 ottobre 2021

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

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Patrizia Lattuada Anna Sgritto Livia Tonti Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Pubblicità

Teresa Premoli Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia



RCP Ciproxin

In questo numero

ATTUALITÀ

Prima pagina	
Medicina Generale, una scelta sempre più difficile per i giovani medici	5
Focus on	
Cure Primarie e Pnrr, scenari a breve e lungo termine nel documento delle Reg	gioni 6
Contrappunto Processo alla nostra libertà e indipendenza professionale	\$
Note stonate	
Un sistema sanitario può sopravvivere senza medici di famiglia?	10
Tribuna	
'Il destino delle CdC non è solo nostra responsabilità"	14
formazione Fuga dalla medicina territoriale	1.5
Salute digitale	1 i
PeNet, la piattaforma che agevola il lavoro dei medici	16
talia sanità	
'Italia disuguale nell'uso dei farmaci	21
Prospettive	0.0
a Sanità italiana è pronta ad affrontare il post-Covid	22
ndagini Microteam, una risorsa per l'economia del Paese	25
Proposte	
Mancata aderenza terapeutica, danni clinici ed economici: che fare?	24
Diabetologia Highlights dal congresso europeo sul diabete	26
Diagnostica	
Screening con PSA, una strategia adattata al rischio	27
Epatologia	00
Jp to date sulla steatosi epatica non alcolica	28
Confronto sull'ipotesi della "polipillola"	29
Neurologia	
Malattia di Alzheimer: agire prima e meglio	30
/irologia	
nfluenza e vaccinazione ai tempi del Covid	31
CLINICA E TERAPIA	
Ricerche	
Ecografia toracica territoriale nella pregressa infezione da Sars-CoV-2	32
Prevenzione	
La medicina dello stile di vita	35
Management	0.0
Multimorbilità e polifarmacoterania	36

Prevenzione	
La medicina dello stile di vita	. 35
Management	
Multimorbilità e polifarmacoterapia	. 36
Quesiti clinici	
Sindrome da stanchezza cronica	.38
Pratica medica	

Una colonna vertebrale di bambù

■ Rassegna da Nutrienti e Supplementi

Medici di famiglia e salute ambientale

Letture

39

42

43

Medicina Generale, una scelta sempre più difficile per i giovani medici

iù oneri che onori, la strada per diventare medico di medicina generale è irta di ostacoli e la scelta di esercitare questa professione è sempre meno attrattiva. Eppure, mai come in questo momento, il nostro Paese ha un disperato bisogno di medici del territorio. Secondo i dati della Sisac, attualmente, almeno 1,5 milioni di italiani sono senza un Mmg di riferimento. Ma il numero potrebbe essere sottostimato, perché i dati ufficiali sulle carenze sono stati ufficializzati al momento solo da 8 Regioni.

"Il problema più grande adesso per la Medicina Generale - sottolinea a M.D. Medicinae Doctor Paola Pedrini, segretario Fimmg-Lombardia - è la carenza di Mmg che si sta verificando in tutta Italia, ma sicuramente in Lombardia in modo più consistente". A complicare la situazione è la previsione di oltre 35mila pensionamenti entro il 2027.

"Già oggi - continua Pedrini - il numero di pensionamenti è molto alto ed è accompagnato da un fenomeno che crea ancora maggiori problemi, cioè quello della richiesta di pensionamenti anticipati. Daltronde il Covid ci ha attaccato in modo duro e pesante, molti colleghi ci hanno rimesso la vita e altri sono particolarmente provati da desiderare il pensionamento laddove sia possibile".

Non ci resta che contare sulle nuove leve, ma qui la situazione si complica. "Non ci sono abbastanza giovani medici per ricoprire tutti gli ambiti carenti - tiene a evidenziare il segretario di Fimmg-Lombardia -. Di recente per la Facoltà di Medicina c'è stato un aumento delle borse di specializzazione, ma quello riservato alla Medicina Generale è in misura nettamente inferiore. Un deterrente che di fatto, spinge i giovani medici a imboccare altre strade". A tale proposito non va sottovaluta anche un'altra questione: le borse di studio per le scuole di specializzazione sono di 1.800 euro al mese, mentre quelle del corso di formazione specifico in MG di 800 euro.

"Ma c'è da considerare anche un fatto altrettanto importante - rimarca Pedrini - la medicina del territorio non viene insegnata durante il percorso universitario, tranne che in alcune realtà. Quindi i giovani laureati non hanno cognizione di tale realtà lavorativa e non sanno cosa aspettarsi. Se a guesto aggiungiamo il periodo di incertezza sul futuro della nostra professione, allora il quadro è completo e si capisce perché la desertificazione dei medici del territorio avanza".

Per porre rimedio a tale situazione :"Bisognerebbe incentivare la scelta da parte dei giovani medici dotando la Medicina Generale di maggiori strumenti organizzativi. Oggi il medico di medicina generale ha la necessità di essere affiancato da personale amministrativo e infermieristico e gli andrebbe data la possibilità di lavorare in gruppo". La realtà è ben diversa. "Al momento - fa notare Pedrini - alla ribaltà ci sono le Case di Comunità (CdC) declinate dal Pnrr. Ma per come sono state concepite, più che un'opportunità, possono diventare un rischio, svuotando ancor di più i territori dalla presenza capillare dei medici di famiglia. Il Pnrr prevede una Casa di Comunità ogni ogni 46mila abitanti. Un numero troppo esiguo, motivo per cui sarebbe più appropriato se fossero integrate con le medicine di gruppo e di rete dei Mmg già presenti sul territorio".

Le CdS così come delineate nel Pnnr, infatti, si conformano più ad aree urbane ad elevata densità o perlomeno nei comuni superiori a 40 mila abitanti. Ma molto meno nelle zone extraurbane. Non va dimenticato che il 90% degli 8mila comuni italiani ha meno di 15mila abitanti e che il 30% della popolazione abita in località con meno di 10mila residenti. (A.S.)



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Paola Pedrini



Cure Primarie e Pnrr, scenari a breve e lungo termine nel documento delle Regioni

Non viene affermato esplicitamente, ma tra le righe del documento si legge che l'ipotesi del passaggio immediato alla dipendenza per tutti gli attuali Mmg è assai problematico e improbabile. Al momento l'intervento più probabile è quello che contempla due livelli di contrattazione per il prossimo Acn. Lo studio del medico non scompare, ma dovrà essere integrato nell'organizzazione regionale, nelle CdC e rispondere a criteri prestabiliti

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

el documento presentato dalle Regioni sulla riforma delle cure primarie nel Pnrr in merito allo sviluppo dell'organizzazione dell'assistenza territoriale si legge che si: "dovrà, comunque anche tenere conto di quelle realtà territoriali che, per caratteristiche oro-geografiche, richiedono una distribuzione capillare della medicina generale e della pediatria di libera scelta per rispondere appieno ai bisogni della popolazione di riferimento". Le indicazioni generali valide per tutte

1. Obbligo di partecipazione a forme organizzate.

le ipotesi di riforma elencate sono

- 2. Fornitura di prestazioni programmate dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria.
- **3.** Indicatori di garanzia di presa in carico (*accountability*).
- **4.** Assistenza domiciliare parte integrante dell'attività.
- **5.** Superamento del pagamento di Pipp e della remunerazione dei singoli interventi domiciliari.
- **6.** Obbligo di inserimento nelle strutture del Pnrr.
- **7.** Ridefinizione della Continuità Assistenziale.
- **8.** Presenza e ruolo Infermiere di Comunità.

Il rapporto di lavoro dovrà:"essere orientato ad un modello che richiami regole chiare e attività esigibili, con sistemi di monitoraggio e remunerazione legati a risultati di salute e attività svolte. Que-

sto per garantire la fornitura di prestazioni programmate dalle regioni e dalle Aziende Sanitarie, sulla base dei bisogni rilevati. Naturalmente va considerato il ruolo che tali professionisti hanno nel presidio del territorio e nella funzione rispetto al mondo del lavoro".

► Le 4 ipotesi di cambiamento

1. Dipendenza ma con libertà di scel-

ta del medico da parte del cittadino.

La soluzione "vedrebbe rafforzata l'integrazione dei singoli professionisti e con l'organizzazione aziendale, senza minare il rapporto fiduciario medico-paziente, prevedendo anche in questo caso un meccanismo di libera scelta da parte del cittadino". È l'ipotesi con i maggiori vantaggi per la controparte, ma che deve fare i conti con molti ostacoli - oggi insormontabili come finanziamento e la modifica delle riforma Balduzzi del 2012 vale a dire: fornitura di ambienti, strumentazione personale e per i futuri 47mila Mmg dipendenti, valutazione del costo del lavoro e aumento degli organici dei dipendenti, tutela malattia, infortu-

2. Forma di Accreditamento da realizzare con modifica sostanziale di Acn. Lo studio del medico non scompare, ma dovrà essere integrato nell'organizzazione regionale e rispondere a criteri prestabiliti.

nio, ferie, carenza di medici per il ricam-

bio generazionale e aspetti previdenziali

legati alla sorte dell'Enpam.

► Temi da declinare nei criteri di accreditamento per un nuovo Acn

- 1. Obbligo partecipazione a forme organizzate della medicina generale e adesione ai sistemi informatici regionali/nazionali
- 2. Instaurazione del rapporto convenzionale
- **3.** Ridefinizione del servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)
- **4.** Definizione criteri di autorizzazione e accreditamento
- **5.** Ridefinizione del sistema di remunerazione
- **6.** Riduzione dei tre livelli di contrattazione a due

In un Acn più snello andrebbero definiti i criteri strutturali, organizzativi, di volumi di attività e di qualità delle prestazioni, necessari per l'accesso al convenzionamento con il Ssr. Andrebbero definite le modalità di verifica programmata per il raggiungimento degli obbiettivi assegnati e introdotto l'obbligo dell'adesione ad una forma organizzata per l'erogazione dell'assistenza primaria, con presenza di personale amministrativo, infermieristico e specialisti di riferimento. La modalità di lavoro associato Mmg nello stesso contesto fisico sarà la situazione ordinaria, riservando l'attività in forma singola (sempre affiancata direttamente da infermiere e amministrativo) a situazioni eccezionali da giustificare per necessità orografiche. Requisisti delle nuove forme organizzative:

- garanzia di coperture orarie certe
- indicatori di garanzia di presa in carico per le patologie croniche e l'assistenza domiciliare
- · capacità di risposta in caso di emergenze epidemiche
- carico di assistiti attorno ai 2.000
- presenza di un infermiere e un amministrativo
- adesione ai sistemi informativi regionali
- possibilità di avvalersi di società di servizi (cooperative di medici)

Ridefinizione della CA: si prospettano modelli organizzativi con un presidio della CA inserito nelle forme organizzative della MG, dalle 8 alle 24, lasciando ad una integrazione 116117 con il servizio del 118 nelle ore notturne, dalle 24 alle 8 del mattino.

- 3. Forma di Accreditamento e Accordi: il modello del privato accreditato. Tale ipotesi, da sostenere con atto normativo di rango nazionale, dovrebbe prevedere:
- Erogazione della Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta esclusivamente in forma associata
- Costituzione di soggetti giuridici accreditabili, che ricomprendono un determinato numero Mmg/Pls ed altri professionisti sanitari, e che, fatti salvi i casi in cui sede e strumenti vengano messi a disposizione nell'ambito delle case di comunità, forniscono anche gli strumenti e gli spazi per l'erogazione di prestazioni sanitarie.
- Programmazione regionale per l'affidamento di aree distrettuali da affidare ai soggetti di cui al punto precedente utilizzando lo strumento degli accordi di fornitura che definiscono gli aspetti di servizio e di remunerazione a partire da riferimenti individuati a livello nazionale.
- 4. Doppio canale: è la combinazione della dipendenza per i futuri Mmg con l'accreditamento da realizzare con modifica sostanziale di Acn per i Mmg già in attività. Il doppio canale permetterebbe di gestire nel tempo il percorso senza dover ricedere l'assetto di tutto il

sistema nel suo complesso, di inserire le nuove norme assieme a quelle sulla riforma dell'assistenza territoriale legate al Pnrr, comprese le modifiche necessarie della legge Balduzzi, e di adattare la riforma alle esigenze della demografia professionale e allo stato di evoluzione del Pnrr nelle diverse regioni, prevedendo mix quantitativi anche differenziati fra un canale e l'altro.

▶ Ulteriori osservazioni e proposte

- valutare il passaggio del CFSMG all'Università (con comunque governo da parte delle regioni e coinvolgimento nella didattica di dirigenti del Ssr e professionisti della MG). 11
- definizione di equipollenze rispetto alle specializzazioni compatibili con la normativa europea.
- prevedere un processo graduale di passaggio dall'attuale Acn all'assetto individuato come più utile, in modo da impattare in modo ottimale sul ricambio generazionale ormai ampiamente in atto.
- valutare come disincentivare offerte tendenti a rendere svantaggiosa l'attività in gruppo e supportata da personale (ad esempio offerta gratuita di strutture nei piccoli comuni a medici singoli, offerta di strutture da parte delle farmacie, con possibile sovrapposizione di conflitti di interesse).
- Una valutazione specifica è necessaria per il ruolo essenziale del personale infermieristico. L'infermiere di famiglia e di comunità è oramai una realtà condivisa dai sistemi sanitari regionali e ne sono state definite le competenze. Va valutata attentamente la relazione con i Mmg/Pls, anche a seconda dei modelli regionali più o meno internalizzati.

Il percorso di cambiamento prevede di

- Definire una data dalla quale i nuovi Mmg/Pls, inseriti nel sistema, accedano o come dipendenti o in forza di un nuovo Acn o come accreditati (data ideale, anche per coerenza con decreto su riorganizzazione assistenza territoriale da Pnrr, sarebbe il 1.1.2022)
- Definire la tempistica entro la quale i medici ora convenzionati passino al

nuovo rapporto di lavoro (nel caso non si opti per il doppio canale o la sola ridefinizione dell'Acn).

Il percorso dovrà prevedere la costituzione di una task force che coordini alcuni tavoli di lavoro che producano in breve tempo:

- Analisi del contesto attuale: quanti Mmg, Pls, Spec Amb, forme organizzative, costi generati da Acn, AIR, AAA, ecc.
- Valutazione impatto economico/ finanziario e in termini di personale di supporto (infermieri, personale amministrativo) per l'ipotesi del passaggio alla dipendenza.

▶ Commento

Non viene affermato esplicitamente ma tra le righe si legge che l'ipotesi del passaggio immediato alla dipendenza per tutti gli attuali Mmg è assai problematico e improbabile.

La proposta 2 è più dettaglia e più probabile, tanto da costituire quasi le linee guida per il prossimo accordo: resta l'Acn ma solo a due livelli di contrattazione, lo studio del medico non scompare ma dovrà essere integrato nell'organizzazione regionale, nelle CdC e rispondere a criteri prestabiliti. In un Acn più snello "andrebbero definiti i criteri strutturali, organizzativi, di volumi di attività e di qualità delle prestazioni, necessari per l'accesso al convenzionamento con il SSR. Andrebbero poi definite le modalità di verifica programmata per il raggiungimento degli obbiettivi assegnati e abolite tutte le attuali indennità accessorie come Pip e accessi ADI/ADP. Le terza è appare meno fattibile, mentre la quarta è la combinazione della 1 (dipendenza per i nuovi assunti) con la 2, ovvero Acn "snello" con integrazione nelle CdC per gli altri.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF del Documento Regioni

Articolo pubblicato su https://curprim.blogspot.com/



Processo alla nostra libertà e indipendenza professionale

Non bisogna andare in direzione della dipendenza dei Mmg, ma verso un aumento della autonomia del territorio ed è necessario eliminare tutta la burocrazia che ci soffoca ambulatorialmente e che durante questa pandemia è aumentata vertiginosamente. Forse, come diceva Rasputin, il Monaco che distrusse la Russia, nella sua teorizzazione teoretica, solo peccando potremo redimerci

Alessandro Chiari

Segretario regionale Fismu Emilia Romagna

enti uomini sulla cassa del morto (e una bottiglia di rum?). Questa citazione dall'Isola del tesoro è una bellissima parafrasi per stigmatizzare i venti assessori regionali che hanno licenziato il teorema sul passaggio a dipendenza della Medicina Generale cercandone di decretarne la morte. Il loro portavoce, truck driver Donnini, l'assessore emiliano dall'alto della sua esperienza come precedente assessore ai trasporti, forse abituato più ai camionisti che ai medici, ha sentenziato il passaggio a dipendenza come inevitabile. In verità la tesi di questa banda (più musicale che altro), strombazzante slogans in maniera dilettantistica, parte da una tesi che è assolutamente non condivisibile da parte nostra. Il loro costrutto nasce dalla convinzione che il Mmg abbia fallito e tutto il territorio sia stato deficitario e poco efficace durante la pandemia. In realtà il territorio ha retto malgrado ci sia stata un conduzione catastrofica della politica dove a sbagliare clamorosamente per primi sono stati il ministro e le distorte valutazione delle regioni. La

competenza dei professionisti nasce dal loro lavoro quotidiano dall'imparare dagli errori (il famoso trial by fire), dall'esperienza, dalla gente che si affida a loro perché sta male realmente o che, anche solamente, lo presume. Il rapporto peculiare che esiste tra il medico di medicina generale ed il suo paziente e da questi verso il proprio medico è invidiato da tutte le medicine territoriali degli altri Paesi europei.

► Campagna denigratoria

La verità è che è in atto da tempo, anche attraverso una becera e malefica campagna denigratoria, un tentativo di ridurre il Mmg ad un prodotto sanitario piuttosto che un professionista e per farlo, in primis, è necessario cancellare il rapporto fiduciario verso la persona (il professionista) e indirizzarlo verso la struttura, che nel nostro caso sono rappresentate dalle Case della Salute e dalla loro versione estremizzata, ovvero le Case di Comunità e gli Osco. Vengono esaltati, in questo modo che dà molta visibilità politica ma poca efficacia assistenziale, i muri, piuttosto che gli operatori e il progetto assistenziale che li dovrebbe guidare: in poche parole viene realizzato un hardware in cui non gira il software. L'obiettivo è fare diventare il medico generalista parte della catena di montaggio produttiva, quasi come se si dovesse vendere, o meglio svendere, il Ssn ad un qualche privato, come assicurazioni, cooperative, investitori a ed altro. Ma forse è proprio questo che si vuole: eliminare l'iniziativa e l'imprenditorialità del medico e del territorio.

► II brand del territorio

Cambiamo ora, giusto per riflettere su parametri reali e non di fantasia, il paradigma della tesi della banda dei venti: il vero brand del territorio, durante questa emergenza covid, che per altro non è ancora finita, è stato proprio il mmg. L'inizio è stato catastrofico perché, mentre in Cina si chiudevano le città, qui si cincischiava e si perdevano tre mesi preziosi. Poi è arrivata l'epidemia con la pronta autogestione, doverosa e intelligente, dei medici di base che con gli stracci in faccia, perché mancava tutto il materiale di sicurezza, si sono dovuti arroccare in difesa negli ambulatori, gestendo il contagio ed i flussi ambulatoriali: nelle nostre sale d'aspetto passava la linea del fuoco. I Mmg si sono dimostrati responsabili ed indispensabili e solamente grazie a noi, ed ai colleghi della continuità assistenziale e delle Usca, tutto il territorio ha resistito, sebbene mancassero ordini, materiali, sicurezza, indicazioni, suggerimenti, incombenze. Eppure, nonostante una lunga fila di croci, gli stessi responsabili dei nostri Colleghi deceduti sul campo, ci stanno dicendo che il punto debole siamo stati noi, che in fondo, purtroppo, stiamo tuttora vivendo in una condizione da disturbo da stress post traumatico, come i veterani del Vietnam. Abbiamo dovuto ingoiare tutte le pensate "geniali" del Ministro, compresa la follia vaccinatoria nei nostri studi, ed i vari cerchi magici che si formavano di volta in volta. Grandi bardi e vari scienziati davano interpretazioni che cambiavano di giorno in giorno: ma noi c'eravamo, ed abbiamo resistito. Continuiamo a ribadire come questo non sia il momento degli slogans o di folli proposte, ma finché durerà il caos pandemico bisognerà arroccarsi su quello che si possiede e che è certo: i salti in avanti durante le condizioni critiche non hanno mai portato a decisioni intelligenti e funzionali. Ma in questo paese c'è sempre stata la mania nelle crisi di non potenziare il sistema ma piuttosto di smantellarlo (è capitato più volte con la continuità assistenziale).

▶ Dipendenza

Forse una riforma potrebbe anche essere necessaria, ma non ora, periodo di crisi e confusione, in cui bisogna potenziare ciò che esiste e non spingersi in incognite organizzative. La dipendenza comporta una infinità di problematiche da risolvere. Pensiamo al rimborso spese che necessariamente dovrebbe essere dato ai colleghi che hanno investito nello studio medico e che ne sono pure, in molti casi, proprietari: l'inevitabile allargamento della rete territoriale; la progressiva distruzione del rapporto fiduciario; le problematiche previdenziali che si genererebbero inevitabilmente in seno all'Enpam; la distruzione delle dislocazioni territoriali; la mancanza di medici generata dal peccato originale universitario; il corso di medicina generale governato da un elite che ne ha fatto un gate control di accesso all'area; i giovani colleghi che fuggono dalla medicina generale per la durezza del compito; una pressione fiscale che non fa altro che rendere i nostri inadeguati stipendi una partita di giro che torna per il 50% al nostro stesso pagatore; la perdita dei posti di lavoro delle segretarie dipendenti (Tfr); il passaggio la privatizzazione in agguato.

▶ Omnia fert aetas

Crediamo che sia necessario piuttosto difendere l'autonomia del territorio che vive un attacco durissimo. Ma forse finirà come le altre volte: si evoca il fantasma della dipendenza per poi fai farci accettare, obtorto collo, di tutto e di più, con la scusa solita, utilizzata da sindacati compiacenti, che istruiscono quel mantra che enuncia che poteva andare peggio e questo è il massimo che si poteva ottenere. Popolo della Medicina Generale è ora di svegliarsi e di sfoltire la nostra retrovia da coloro che continuano a svenderci ed a svendere la nostra cassa previdenziale su cui in molti metterebbero volentieri le mani ad iniziare dall'Inps. Ancora una volta ribadiamo come serva molto coraggio nell'ammettere gli errori, ma forse ancor di più nell'ammettere di non avere un progetto e di non sapere come e quando fare, dove occorre anche molta intelligenza. La mancanza di un vero progetto traspare dalla dichiarazione di guerra alla Medicina Generale editata dai Presidenti regionali e dei loro sottoposti: una serie di slogans demagogici, in mancanza di un percorso e di una reale pianificazione che tenga conto delle difficoltà già enunciate nelle righe precedenti. E questo è lo scenario disegnato dalla truck driver band. Non riescono proprio a vedere oltre il proprio naso e fondano il teorema, come abbiamo detto, su tesi che comportano conclusioni immaginarie. Non bisogna andare in direzione della dipendenza ma verso aumento della autonomia del territorio ed è necessario eliminare tutta la burocrazia che ci soffoca ambulatorialmente e che durante questa pandemia è aumentata vertiginosamente. Forse, come diceva Rasputin, il Monaco che distrusse la Russia, nella sua teorizzazione teoretica, solo peccando potremo redimerci.

Detto ciò vorrei finire con una citazione che dà il senso del nostro sentire in questo momento difficile per la nostra professione: "Chi fa più bella mostra intende maggior inganno. Ma portino pure quel che vogliono e che possono, tanto che cosa possiamo perdere? Siamo già per terra e con un piede dentro. Va' a dire al loro generale che l'attendiamo qui per sapere per che cosa viene e di dove viene e che cosa vuole." Parole dette da Cleone, atto primo, scena quinta del Pericle di Tiro di William Shakespeare.



Un sistema sanitario può sopravvivere senza medici di famiglia?

È questo il titolo di un articolo pubblicato di recente sul blog del BMJ che, non a caso, ha avuto particolare attenzione da parte dei Mmg del nostro Paese che lo hanno rilanciato sui gruppi social. Quanto evidenziato dal collega inglese descrive perfettamente quanto sta accadendo alla Medicina Generale in Italia

on è un caso che l'articolo pubblicato di recente sul blog del BMJ a firma di Mohammad Sharif Razai (NIHR In-Practice Fellow in Primary Care, St George's University of London) dal titolo "Will the NHS survive without Gps?" abbia avuto particolare risonanza sui gruppi social dei Mmg nostrani. L'assonanza con quanto narrato dal collega inglese è tale da calzare perfettamente con quello che accade nel nostro Paese dove i Mmg sono soggetti a continui attacchi dei media e della politica.

► Una professione misconosciuta

Secondo Mohammad Sharif Razai, il fatto che recentemente vengano poste domande retoriche come questa da alcuni media, mostra quanto sia profondamente poco conosciuto e distorto il mondo dell'assistenza primaria.

"Qualsiasi osservatore ben informato - continua - sa bene che i medici di famiglia sono le fondamenta del Sistema Sanitario Nazionale e che senza medici di famiglia il Ssn crolla. Ecco alcune verità: i medici di famiglia gestiscono una vasta gamma di condizioni di salute sia acute che croniche e lo fanno attraverso oltre 300

milioni di visite mediche ogni anno rispetto ai 23 milioni di visite di pronto soccorso (dati UK). I medici di famiglia rilasciano circa un miliardo di prescrizioni all'anno e hanno effettuato in UK i due terzi delle vaccinazioni covid-19 nella prima fase vaccinale".

"Il pubblico sa già quanto duramente stiano lavorando i medici di famiglia - precisa Mohammad Sharif Razai - per prendersi cura di loro. Nonostante le sfide della pandemia, l'aumento della domanda, la forza lavoro in calo e un carico di lavoro ingestibile, i medici di famiglia hanno uno dei più alti indici di soddisfazione pubblica di qualsiasi servizio pubblico nel Regno Unito. In un sondaggio del luglio 2021, la stragrande maggioranza dei pazienti (83%) ha valutato la propria esperienza complessiva con i medici di famiglia come buona".

► La fiducia

Anche nel nostro Paese i cittadini mostrano di apprezzare il lavoro dei loro medici di famiglia. Secondo l'indagine realizzata da Euromedia research, a giugno del 2021 quattro assistiti su cinque vedono nel medico di famiglia un punto di riferimento nel quale confidare. Oltre la metà degli italiani, il 55,8 per cento, si spinge oltre e considera il proprio medico "speciale". Una percentuale che sale al 62,3 per cento tra gli over 65. Il 73,6 per cento degli intervistati si dice soddisfatto del rapporto con il proprio medico durante la pandemia. Il 55,5 per cento afferma anche di essere riuscito, in periodo Covid, a instaurare un rapporto "concreto" con il proprio Mmg e di avere avuto la possibilità di farsi visitare di persona nonostante le difficoltà imposte dal virus. Per oltre 7 intervistati su 10 (il 75,5 per cento) il medico di famiglia ha un ruolo importante. Il 22,6 per cento, invece, ha detto di avere un rapporto con il proprio "camice" di fiducia che dura da più di 20 anni. Più della metà degli intervistati, invece, non ha cambiato medico negli ultimi 5 anni e tra quelli che lo hanno fatto, per il 20,5 per cento, è stata una scelta legata al fatto che il proprio dottore ha cessato l'attività.

► Siamo più che qualificati

"I medici di famiglia sono professionisti altamente qualificati - continua l'articolo pubblicato nel blog del BMJ - che gestiscono condizioni mediche estremamente complesse con un accesso limitato alle risorse, inclusa la diagnostica ad alta tecnologia, disponibili solo in ambito ospedaliero.Non trattano solo condizioni mediche, ma attraverso la loro cura longitudinale e basata sulla relazione, gestiscono anche problemi non medici. Un paziente su cinque consulta i medici di famiglia principalmente per problemi sociali piuttosto che per problemi medici. Gran parte della reputazione dei vari sistemi sanitari nelle classifiche internazionali si basa sull'efficienza e sull'eccellenza delle cure primarie (...). La medicina generale ha dovuto adattarsi rapidamente durante la pandemia per fornire cure sicure adempiendo al proprio ruolo di salute pubblica nel proteggere i propri pazienti e la comunità dal covid-19. Più pazienti ora consultano il medico di famiglia rispetto alla pre-pandemia con oltre la metà di questi accessi prenotati come visite ambulatoriali (il resto per lo piu' telefonici/video). Ci sono tuttavia seri problemi e sfide che i pazienti devono affrontare, incluso l'accesso ai servizi di medicina generale e la qualità belle cure".

► Ci vuole onestà politica

Per Mohammad Sharif Razai, "il pubblico merita onestà e coraggio da parte dei leader di governo, giornalisti e politici. Piuttosto che aggirare i fatti incolpando i medici di famiglia per ogni cosa, medici che attualmente portano a casa oltre 31 milioni di appuntamenti al mese in Inghilterra, i politici devono essere onesti con il pubblico sul tipo di assistenza sanitaria di cui la popolazione ha bisogno e su ciò che attualmente riceve.II Regno Unito spende meno pro capite per l'assistenza sanitaria rispetto ad altri paesi

comparabili (0.27% del PIL rispetto a una media OCSE dello 0.51%)". Idem l'Italia.che ha visto diminuire sempre più le risorse per il Ssn.

Il problema della carenza dei Mmg è comune: "il numero di medici di famiglia a tempo pieno è diminuito con un minor numero di medici nel dicembre 2020 rispetto all'anno precedente. L'analisi del Nuffield Trust mostra che il numero di medici di famiglia rispetto alla dimensione della popolazione è diminuito in modo sostenuto per la prima volta dagli anni '60, con una carenza particolarmente marcata in alcune regioni inglesi".

▶ Se il Ssn crolla. chi se ne accorgerà?

"La mancanza di un adeguato personale medico è solo una parte del problema. I recenti attacchi mediatici ai medici di famiglia evidenziano un totale disprezzo per una forza lavoro già al limite. Un numero record di medici di famiglia è alla ricerca di supporto psicologico e molti lasciano la forza lavoro andando in pensione anticipata o lavorando all'estero. Pertanto, la domanda che dobbiamo porci è: se il Ssn crolla, chi se ne accorgerà? Quelli che cercano di affossare il Ssn difficilmente se ne accorgeranno. L'élite ha i mezzi e le risorse per cercare assistenza sanitaria al di fuori del Ssn e anche all'estero, ma per tutti gli altri il crollo del sistema sarà catastrofico", avverte il collega inglese.

► La soluzione

"La soluzione - sottolinea l'articolo - inizia con il porre fine agli attacchi ai medici di famiglia e al Ssn da parte dei politici e delle

sezioni dei media permanentemente indignate. In secondo luogo, per ottenere risultati sanitari paragonabili ad altri paesi OCSE, il Ssn deve affrontare la carenza di forza lavoro e il declino della qualità dei servizi. I crescenti bisogni di salute di una popolazione che invecchia e la crescente domanda di una migliore assistenza sanitaria richiedono di smettere di alienare e minare una forza lavoro da cui dipende la sostenibilita' del Ssn. La medicina generale potrebbe fare un uso migliore di professionisti non medici come gli assistenti sociali per ridurre il carico di lavoro e le persone potrebbero essere segnalate ai servizi di comunità senza necessariamente un accesso al medico di famialia. Anche l'onere amministrativo sull'assistenza primaria è insostenibile e deve essere ridotto -... ad esempio in italia riducendo la necessita' dei certificati di malattia per i primi 7 giorni... Abbiamo anche bisogno di un dialogo tra il pubblico, i professionisti e i politici sul tipo di sistema di cure primarie che vogliamo; progetti pero' poi sostenuti con un livello appropriato di investimento. I sistemi sanitari con una solida infrastruttura di cure primarie possono ottenere risultati sanitari migliori, migliorare l'e-

sperienza del paziente e ridurre

le pressioni in altre aree del SSN.

Questo dovrebbe essere l'obiet-



tivo da raggiungere.

Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'articolo originale, pubblicato sul Blog di BMJ



"Il destino delle CdC non è solo nostra responsabilità"

La dichiarazione è di Francesco Esposito, segretario nazionale Fismu ed è una risposta alle conclusioni dell'articolo di Milena Gabanelli, Mario Gerevini, Simona Ravizza, pubblicato sul Corriere della Sera che accusa la professione di essere una delle principali artefici del fallimento o del successo delle Case di Comunità

II Intanto i 7 miliardi di euro del Recovery Fund disponibili per migliorare l'assistenza territoriale rischiano di essere buttati al vento se i medici di famiglia non si convinceranno ad andare a lavorare dentro le 1.288 nuove case della Comunità previste entro il 2026". Questa è la conclusione dell'articolo a firma di di Milena Gabanelli, Mario Gerevini, Simona Ravizza, apparso sul Corriere della Sera dal titolo: "Medici di base, inchiesta sulla loro lobby di potere". Francesco Esposito, segretario nazionale Fismu, non entra in polemica con quanto asserito nell'articolo, ma proprio non ci sta a lasciar passare il concetto che i medici di medicina generale saranno gli artefici dello spreco di risorse e del fallimento delle Case di Comunità. Pur sottolineando a M.D. che: "Oggettivamente il problema di come verranno utilizzate i fondi del Recovery Fund per le Case di Comunità è un problema reale", tiene a precisare che al momento c'è il rischio che queste diventino le ennesime 'cattedrali nel deserto'.

Il potenziamento delle cure primarie non può più passare attraverso formule e slogan, basti pensare alle Case della Salute, che in alcuni casi sono rimaste rimaste dei contenitori vuoti o addirittura non sono neppure state avviate. "Ci si continua a concentrare sulle strutture fisiche, anche nel Recovery Fund - precisa Esposito - ma sono ancora da chiarire gli aspetti operativi e la gestione delle risorse umane. Come verranno utilizzate tali strutture è un fattore determinante. visto che entro il 2026 la riconversione degli studi dei Mmg dovrebbe essere cosa fatta. C'è poi un problema di personale e su questo fronte tutto tace. Al momento, vista la carenza futura dei Mma non c'è ancora nessuna indicazione di un aumento delle borse di studio per la MG, così come non si aumenta il numero delle specializzazioni paramediche e infermieristiche per poter avere operatori sufficienti da inserire nelle CdC".

► Il nodo delle forme organizzative dei Mmg

"Inoltre, da un punto di vista orografico - continua - il nostro Paese crea delle difficoltà oggettive alla realizzazione delle Case di Comunità in piccole comunità montane, con il rischio che il bacino di utenza di quel territorio non abbia l'assitenza territoriale di cui oggi gode, vista la capillarità degli studi medici. Si rimane legati alla mera divisione numerica della popolazione senza tenere conto delle caratteristiche del territorio e della popolazione stessa che vi abita. Non si prende in considerazione quale paziente e con quale modalità operativa il team mutidisciplinare lo prenderà in carico e quale sarà la sua articolazione. Motivo per cui in primis bisogna affrontare il nodo delle forme organizzative dei Mmg attraverso una riforma delle forme associative della Medicina Generale. Una volta stabilite, allora si può andare a pensare come inserire strutturalmente i Mmg nelle Case di Comunità".

Per Esposito le CdC hanno molte criticità e troppe similitudini con le Case della Salute che hanno avuto risultati scadenti in termini di obiettivi di risultato, come gia ben hanno evidenziato i dati pubblicati da Agenas. "Nel nostro Paese - tiene infatti a sottolineare il segretario nazionale Fismu abbiamo degli esempi lampanti di come molte riforme che hanno riguardato la ristrutturazione dell'assistenza territoriale non siano state applicate. Basti considerare le Case della Salute e lo stato dell'arte a macchia di leopardo dell'Uccp e delle Aft. Bisogna poi tener presente che mentre il Recovery Fund graviterà sulla spesa comunitaria, per quanto concerne il personale, il loro costo graviterà sul Bilancio dello Stato".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Francesco Esposito

Fuga dalla medicina territoriale

Secondo i dati emersi attraverso la pubblicazione delle graduatorie del concorso di specializzazione 2020/2021 per il CFSMG 2020-2023, vi sarà una perdita di contratti in Medicina Generale senza precedenti. Motivo per cui Snami reitera l'appello affinché il Corso di Formazione Specifica in MG diventi un corso specialistico universitario

opo anni di battaglie, comunicati e incontri per la prima volta i contratti post-lauream superano le richieste formative dei medici. Per il 2021 infatti il Governo ha messo a disposizione 17.400 borse di Specializzazione in Medicina per altrettanti giovani laureati. Un precedente unico destinato però a scuotere la Medicina Generale. Già per il Corso di Formazione in Medicina Generale (CFSMG) 2020 - 2023 vi sarà una perdita di contratti in Medicina Generale senza precedenti, di pari passo all'aumento delle borse delle Scuole di Specializzazione, secondo i dati emersi con la pubblicazione delle graduatorie del concorso di specializzazione 2020/2021. Una situazione che peggiora l'attuale carenza di medici delle cure primarie. La situazione è piuttosto preoccupante al Nord per esempio, mancano 288 Mmg nella provincia di Bologna e circa 150 guardie mediche, 180 nella provincia di Bergamo. A Milano i medici di famiglia assistono circa 2.000 persone ciascuno, lo stesso dicasi per altre città del Nord. Si tratta di dati parziali, visto che è impossibile conoscere la reale carenza di medici, in quanto le amministrazioni regionali, non pubblicano gli incarichi vacanti.

"Le carenze in tutti i settori della Medicina Generale - dice Federico Di Renzo, responsabile nazionale Snami Giovani Medici, Precari e Formazione - già in enorme affanno oramai in ogni area del Paese, si acuiranno a seguito dell'inizio delle attività delle scuole di specializzazione. Il numero programmato della Conferenza delle Regioni e dal Ministero della Salute sarà ampiamente superato in quanto l'algoritmo del calcolo del fabbisogno non prevede i contratti persi durante il triennio o l'eventuale scelta del medico già con attestato in Medicina Generale di intraprendere un percorso specialistico".

► Gli effetti della pandemia

Le ombre lanciate dal Pnrr sulla medicina del territorio, rifugium peccatorum delle carenze strutturali del Ssn - aggiunge Matteo Picerna, presidente provinciale Snami Trieste - ed i continui attacchi rivolti al medico di medicina generale con le relative incombenze aggiuntive della pandemia (vaccinazioni, tamponi, green pass, certificato di quarantena, di isolamento, di assenza dal lavoro ecc.) sono valse l'esodo dalla medicina territoriale".

"Plaudiamo all'aumento di 900 borse per il prossimo triennio previsto dal Pnrr, - aggiunge Raffaele Santoro, segretario provinciale Snami Matera - ma siamo consapevoli che, senza l'immediata l'abolizione del punteggio minimo (60 su 100) e senza una riforma del sistema formativo in futuro. buona parte dei contratti non verranno assegnati per carenza di vincitori di concorso. I test di accesso non possono e non devono diventare uno strumento per tranciare il completamento della formazione di ogni singolo medico, ma devono stabilire una graduatoria che deve comunque garantire a tutti un futuro formativo e professionale".

"Chiediamo pertanto, ancora una volta, che il corso di formazione specifica in Medicina Generale diventi un corso specialistico universitario specifica Simona Autunnali, vice segretario nazionale - con l'armonizzazione dei processi per l'accesso ai contratti post-lauream. Si chiede altresì una revisione globale dei programmi formativi della medicina generale ed una riforma della specializzazioni con un sistema skill advancement per integrare i processi formativi affini".

"Per evitare di lasciare scoperte zone assistenziali strategiche (dalle cliniche private alle guardie mediche, dalle RSA all'emergenza-urgenza) - conclude Angelo Testa è fondamentale rivedere la questione incompatibilità, abolendo di fatto le innumerevole limitazioni poste per i corsisti di medicina generale. Inoltre, per la grave carenza di medici nel territorio, vanno riviste ed abolite anche molte incompatibilità dei medici di medicina generale dell'intero comparto".

OPeNet, la piattaforma che agevola il lavoro dei medici

Utilizzata da più di 500 medici di famiglia su tutto il territorio nazionale, la piattaforma, nata da una collaborazione tra Net Medica Italia, Novartis e Ibm Italia, favorisce quella che viene definita la 'medicina di iniziativa', che consente di offrire un'assistenza personalizzata, attraverso la diagnosi precoce e la gestione in remoto, intervenendo prima che le patologie si aggravino e prima dell'ospedalizzazione

n sistema intelligente che permette ai Mmg a seguito dell'accesso in un'unica piattaforma, di restare in contatto con i pazienti anche in remoto, di avere supporto formativo sempre disponibile per le patologie croniche, al momento scompenso cardiaco e psoriasi, di fare teleconsulti. Ma anche di segnalare al Mmg quando i pazienti sono a rischio di sviluppare alcune patologie o potrebbero beneficiare di una rivalutazione della terapia. Un sistema che si aggiorna in tempo reale, analizzando i dati strutturati e non strutturati presenti nelle cartelle cliniche, generando insight a supporto del percorso di cura del paziente e del suo stato di salute, permettendo un intervento più efficace nel monitoraggio della aderenza alle terapie. Tutto quest è OPeNet, la piattaforma nata da una collaborazione tra Net Medica Italia, Novartis e IBM Italia che già oggi è utilizzata da più di 500 medici di famiglia su tutto il territorio nazionale. OPeNet, grazie all'Intelligenza Artificiale applicata al database assistenziale, favorisce un'efficace "medicina di iniziativa", che consente di offrire un'assistenza proattiva e personalizzata, attraverso la diagnosi precoce e la gestione in remoto, interve-

nendo prima che le patologie si aggravino e prima dell'ospedalizzazione. Parte integrante di questo nuovo modello è l'integrazione tra territorio e ospedale, creando un network tra Mmg e specialista.

"Il Covid ha portato alla luce i limiti del modello di assistenza sanitaria adottato finora, basato sul ruolo centrale della struttura ospedaliera - ha dichiarato Nicola Calabrese. presidente di Net Medica Italia -, rivelando nuove necessità per una ottimale gestione dei pazienti, e in particolare quelli con cronicità, e di conseguenza nuove esigenze per il medico di medicina generale. La tecnologia digitale rappresenta una delle risposte a questo mutato scenario, favorendo un'evoluzione del rapporto medico-paziente, del ruolo del Mmge della relazione con lo specialista".

"La pandemia ha messo in evidenza la necessità di trasformare il sistema di presa in carico del paziente cronico - ha dichiarato **Pasquale Frega**, Country President e AD di Novartis Italia. Il digitale nel sistema salute può facilitare l'evoluzione da un modello centrato sull'ospedale e con una logica a silos, ad uno basato su una visione sistemica della sanità, che possa favorire lo sviluppo di una vera e propria

medicina di iniziativa. Con OPeNet, Novartis offre uno strumento importante di digitalizzazione che consentirà di migliorare l'assistenza sanitaria, secondo un modello di medicina sempre più proattivo, vicino al paziente e più attento alle sue esigenze".

"Nell'ultimo anno - dichiara Stefano Rebattoni, amministratore delegato di IBM Italia - l'innovazione tecnologica ha mostrato nei fatti che può dare un contributo fondamentale nell'erogare servizi sanitari di qualità, in sicurezza e sostenibilità. Supportando quel continuum di presa in carico, diagnosi, cura e assistenza del paziente, pilastro fondante di un sistema sanitario efficace ed efficiente. Elemento centrale di questo percorso sono i dati e le informazioni che tecnologie come cloud, intelligenza artificiale, blockchain e internet delle cose possono rendere disponibili con tempestività a tutti gli attori del sistema, dai medici ai pazienti. Il progetto OpeNet, sviluppato con Novartis e Net Medica Italia, è un esempio concreto di questo tipo di soluzioni. Quelle di cui il Paese ha bisogno per affrontare le sfide digitali e di trasformazione che ha di fronte, e su cui IBM Italia intende fornire il suo migliore e pieno supporto".

L'Italia disuguale nell'uso dei farmaci

L'Aifa ha presentato il primo "Atlante delle disuguaglianze sociali nell'uso dei farmaci per la cura delle principali malattie croniche". Dall'analisi emerge che il consumo dei farmaci è più elevato tra i soggetti residenti nelle aree più svantaggiate, probabilmente a causa del peggior stato di salute, che potrebbe essere associato a uno stile di vita non corretto

L'obiettivo dell'Atlante delle disuguaglianze sociali nell'uso dei farmaci per la cura delle principali malattie croniche, che arricchisce la costellazione dei Rapporti OsMed, è stato quello di valutare come, nell'ambito di un sistema universalistico, qual è il Servizio Sanitario Nazionale, l'accesso al farmaco per le principali malattie croniche sia correlato ad alcuni fattori socio-economici come l'istruzione, l'occupazione, la composizione del nucleo familiare, la densità e la condizione" ha affermato il Direttore Generale dell'Aifa Nicola Magrini. Dall'analisi emerge che il consumo dei farmaci è più elevato tra i soggetti residenti nelle aree più svantaggiate, probabilmente a causa del peggior stato di salute, che potrebbe essere associato a uno stile di vita non corretto. Si tratta di un fenomeno evidente per quasi tutte le condizioni analizzate, in modo particolare per i farmaci antipertensivi, ipolipemizzanti e, nelle donne, per gli antiosteoporotici. Correlazioni di guesto tipo invece non emergono analizzando l'aderenza e la persistenza al trattamento, facendo supporre che una volta che il paziente abbia avuto accesso alla cura farmaceutica la presa in carico non si modifichi al variare del livello di deprivazione.

"Si osservano livelli di consumo

complessivamente più alti al Sud ha dichiarato Magrini - e nelle Isole per la maggior parte delle categorie terapeutiche".

▶ Differenze tra Nord e Sud

Un trend differente, con consumi maggiori nelle aree del Nord e minori al Sud. è stato osservato invece per i farmaci antidepressivi mentre, per quanto riguarda i farmaci antidemenza, il tasso di consumo è più alto nelle province del Centro Italia. In particolare, il rapporto che ha condotto alla creazione dell'atlante, incrociando indice di deprivazione, le prescrizioni farmaceutiche erogate e il contesto geografico, ha preso in esame 12 patologie croniche per adulti e 3 dell'età pediatrica. "Sono i soggetti residenti nelle aree più deprivate a far registrare i più alti tassi di consumo pro capite", spiega ancora Aifa. Per questo motivo, "la posizione socioeconomica non preclude l'accesso alle cure - continua Magrini - ma è, al contrario, fortemente correlata con l'uso dei farmaci". E questa situazione, probabilmente, è dovuta al "peggior stato di salute di questi soggetti, che potrebbe essere associato a uno stile di vita non corretto".

Il rapporto, in definitiva, ha confermato come la depressione sia il disturbo mentale più diffuso e che colpisca maggiormente le donne. Così come che la demenza è in continua crescita e colpisce circa 1.279.000 persone, di cui il 60-70% con Alzheimer. Mentre le patologie della tiroide sono fra i disturbi più diffusi e rappresentano le malattie maggiormente frequenti nell'ambito del sistema endocrino, dopo il diabete.

"L'Atlante risponde a un indirizzo istituzionale a livello nazionale ed europeo che da tempo raccomanda di concentrare l'attenzione su questi temi - ha sottolineato Francesco Trotta. Dirigente del Settore HTA ed economia del farmaco - È il punto di partenza di un progetto ambizioso, condiviso con alcuni dei principali gruppi di ricerca italiani. Questa rete è adesso a disposizione per ulteriori analisi che possono informare le politiche nazionali o locali riguardo alla riduzione o alla mitigazione delle disuguaglianze".





La Sanità italiana è pronta ad affrontare il post-Covid

Le prospettive dell'era post-Covid sono state al centro dell'evento "Inventing for Life Health Summit". promosso da MSD Italia, nel corso del quale è stata presentata una ricerca Ipsos da cui emerge che il Ssn gode di una percezione positiva da parte di oltre 7 italiani su 10 e, nel pensare "oltre la pandemia", ricopre un ruolo centrale

nnovazione, prevenzione, sanità di prossimità, sono le parole chiave che descrivono l'impegno delle istituzioni, del mondo scientifico e del settore industriale per superare definitivamente il Covid, lasciando alle spalle la pandemia e innescando un cambiamento che porti a nuovi modelli di finanziamento e gestione del nostro Sistema Sanitario.

Il punto di partenza è il capitale di fiducia che il nostro Ssn è riuscito a consolidare durante la pandemia: secondo l'indagine "Priorità e aspettative degli italiani per un nuovo Ssn" realizzata da Ipsos, oltre 7 italiani su 10 esprimono un parere positivo sul Servizio Sanitario sia a livello nazionale che regionale, mentre per un italiano su 4 la valutazione è di assoluta eccellenza.

Per il 52% degli Italiani, la Sanità viene considerata l'area prioritaria su cui concentrare gli investimenti, seconda solo al lavoro (59%) e ancora più urgente della transizione climatica (22%), dell'istruzione (16%) e della digitalizzazione (11%).

► Inventing for Life **Health Summit**

Come gestire la fase di transizione verso la fine della pandemia, facendo tesoro delle lezioni apprese nell'ultimo anno e identificando le aree di miglioramento sulle quali intervenire con più urgenza: su questo tema si è sviluppato il primo grande confronto sulle prospettive post-Covid, nell'ambito dell'edizione 2021 di "Inventing for Life Health Summit", evento organizzato da MSD Italia che ha coinvolto alcuni tra i più autorevoli rappresentanti del mondo scientifico, istituzionale e industriale tra i quali il Ministro della Salute, Roberto Speranza e la Ministra per le Pari Opportunità e la Famiglia, Elena Bonetti.

Il Ministro Speranza ha sottolineato che "c'è una nuova grande consapevolezza che il Ssn sia davvero il bene più prezioso che abbiamo e su di esso dobbiamo ricominciare ad investire: quando sono diventato Ministro, due anni fa, sul Fondo Sanitario Nazionale c'erano 114 miliardi. Oggi ce ne sono 122. Lavorerò perchè nei prossimi mesi questa cifra salga ancora, a cominciare dalla prossima Legge di Bilancio. C'è una nuova, grande consapevolezza che le risorse che si mettono sul Ssn non sono semplice spesa pubblica, ma sono il più grande investimento sulla qualità della vita delle Persone".

La Ministra Bonetti ha ribadito come l'accesso universalistico alla Salute sia un percorso di riconoscimento e di tutela dei diritti fondamentali della persona.

▶ Ripartenza

L'evento è stato aperto dai saluti istituzionali dell'On. Andrea Costa. Sottosegretario di Stato al Ministero della Salute e, successivamente, dall'intervento di Nicoletta Luppi. Presidente e Amministratore Delegato di MSD Italia. "La pandemia Covid-19 - ha dichiarato Nicoletta Luppi - ha messo ancor più in luce come la Salute sia una determinante fondamentale della crescita e dello sviluppo di un Paese. La parola chiave deve essere 'ripartenza', che non potrà che essere 'per tutti'. Nessuno deve essere lasciato indietro, quale che sia la sua età, il suo genere, la sua residenza, il livello di benessere. In questa ottica, occorre ripensare alla Sanità come un investimento e non come una voce di spesa per ridare slancio all'economia e fiducia al Paese: è necessario investire risorse rilevanti sul nostro sistema di Sanità Pubblica, come richiedono gli stessi cittadini e pazienti".



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il PDF dell'indagine

Microteam, una risorsa per l'economia del Paese

Investire in microteam nell'assistenza territoriale porterebbe 16.7miliardi di euro all'economia del Paese. È quanto rivela lo studio della CGIA di Mestre, presentato in anteprima in occasione del 78° Congresso Fimmg

n volume economico superiore ai 7 miliardi di euro che diventano 16.7 miliardi per quello che in economia si definisce 'effetto diffusivo'. È questo l'enorme impatto economico che i microteam della Medicina Generale proposti da Fimmg possono generare sull'economia del Paese se adottati sistematicamente a livello nazionale. A certificarlo è un inedito studio della CGIA di Mestre presentato dal direttore dell'Ufficio Studi dell'Associazione, Andrea Favaretto, in occasione del 78esimo Congresso nazionale Fimmg.

Non una semplice stima, bensì una projezione realizzata grazie ad un approccio bottom up e alla creazione di una matrice molto articolata. perché suddivisa in 61 settori produttivi e basata su ben 3.721 coefficienti, che è stata 'invertita' e resa adatta a misurazioni e simulazioni.

"Questo approccio - dice Favaretto - va oltre le solite analisi e mette in evidenza elementi che vanno al di là delle tradizionali trattazioni sociosanitarie. Ecco perché ciò che emerge dal nostro studio deve far riflettere, soprattutto in chiave Pnrr, perché è evidente che la diffusione sistematica dei microteam, e in quest'ottica il lavoro della Medicina Generale, può avere un impatto positivo di enorme portata sul benessere dell'economia nazionale".

▶ L'analisi

Semplificando non poco il lavoro portato a termine dall'Ufficio Studi della CGIA di Mestre, l'analisi punta ad analizzare i microteam della Medicina Generale così come si analizzerebbe un'azienda, guardando insomma a entrate, uscite e costi. Per farlo gli esperti hanno creato un modello macroeconomico capace, una volta inseriti tutti i dati, di restituire il valore della produzione del lavoro della medicina generale che, come detto, ammonta a 7miliardi di euro l'anno che impattano per 16,7miliardi una volta che questo sistema economico si presenta sul mercato. Generando effetti diretti (calcolati in 9.8 miliardi), indiretti (calcolati in 3,4 miliardi) e indotti (calcolati in 3.6 miliardi). Notevole anche l'impatto sui livelli delle occupazioni, non solo strettamente legati al settore medico, con l'impegno di 48mila 400 addetti (che per effetto diffusivo diventano poco meno di 69mila) e circa 186mila ore di lavoro, "In termini economici - conclude Favaretto - il nostro modello dimostra come i microteam arriviamo a generare un fattore di moltiplicazione di 2,3; quindi se un medico di medicina generale opera in microteam, la sua attività genera più del doppio del valore investito".

Al di là di quelle che possono essere le ricadute positive sul sistema salute, che ovviamente lo studio della CGIA di Mestre non prende in considerazione, sotto il profilo strettamente economico 'spendere' nel modello del microteam di MG significa 'investire' e dare ossigeno all'economia.

▶ Unità assistenziali

In estrema sintesi, i microteam proposti da Fimmg sono da considerarsi come unità assistenziali di riferimento per il territorio in cui sono inserite, capaci di garantire la capillarità della risposta sostanziale.

"Per realizzare questo modello - sottolinea il segretario generale Fimmg Silvestro Scotti - serve una capacità di investimento, anche rispetto al modello del nostro Acn, che premi i risultati di salute conseguiti dal singolo. Questo deve portare a una riqualificazione dei contratti in base al raggiungimento degli obiettivi e non in base a modelli di subordinazione caratteristici di un rapporto di dipendenza. Lo studio prodotto dalla CGIA di Mestre ci conforta rispetto ad una strada sulla quale puntiamo ormai da tempo, dicendoci che anche sotto il profilo della sostenibilità economica i microteam sono la strada verso la quale il sistema sanitario deve muoversi".



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF dello studio



Mancata aderenza terapeutica, danni clinici ed economici: che fare?

Sviluppare strumenti di valutazione concreti per monitorare e correggere i comportamenti che impattano sulla scarsa aderenza terapeutica e implementare tecnologie che facilitano i pazienti a seguire il percorso di cura. Sono i suggerimenti emersi dal recente webinar "Il valore dell'aderenza per i sistemi regionali, dal bisogno all'azione", organizzato da Motore Sanità attraverso quattro appuntamenti regionali

uasi 8 milioni di persone in Italia sono colpite da malattie croniche, si stima però che solo la metà assuma i farmaci in modo corretto e fra gli anziani le percentuali superano il 70%. Le cause di mancata o scarsa aderenza ai trattamenti sono molteplici: complessità del trattamento, inconsapevolezza della malattia, followup inadeguato, timore di reazioni avverse, decadimento cognitivo e depressione. Tutti aspetti acuiti dall'avanzare dell'età e dalla concomitanza di altre patologie. Per fare il punto a livello nazionale Motore Sanità ha organizzato il webinar "Il valore dell'aderenza per i sistemi regionali, dal bisogno all'azione", dopo 4 appuntamenti regionali, il road show, realizzato grazie al contributo incondizionato del Gruppo Servier in Italia, Sanofi, Igvia, Intercept e Teva, ha visto il coinvolgimento sul tema dell'aderenza alle cure i principali interlocutori: clinici, istituzioni, cittadini e pazienti.

Dall'incontro è emersa la necessità di una call to action, cioè di azioni concrete per migliorare l'aderenza ai percorsi diagnostici e terapeutici dei pazienti. Dai diversi rappresentanti delle istituzioni pubbliche, dai clinici e dalle associazioni di cittadini è arrivata la proposta di sviluppare stru-

menti di valutazione concreti dell'aderenza per monitorare e correggere i comportamenti che impattano sulla scarsa aderenza e l'implementazione delle tecnologie che facilitano i pazienti a seguire il percorso di cura. La proposta dell'inserimento di un indicatore sintetico di aderenza nel nuovo sistema di garanzia potrebbe rappresentare una opportunità di valore e di indirizzo per tutti gli attori chiave.

► Equità di accesso alle cure

Il tema del valore dell'aderenza come indicatore di esito per valutare l'equità di accesso alle cure sta crescendo sempre più di importanza anche in ambito istituzionale, a testimoniarlo 'L'Atlante delle disuguaglianze sociali nell'uso dei farmaci per la cura delle principali malattie croniche' una pubblicazione a cura di Aifa/OsMed che ha evidenziato una maggiore aderenza nelle Regioni del Nord e nelle fasce di età più giovani per le categorie di farmaci analizzati: antipertensivi, ipolipemizzanti, antidiabetici, anticoagulanti, antiaggreganti, antidepressivi, farmaci per asma/BPCO, per osteoporosi e per ipertrofia prostatica benigna".

"Nel complesso i livelli raggiunti, soprattutto per alcune categorie,

non risultano però soddisfacenti. Il confronto dei dati rispetto all'anno precedente invece, non sembra evidenziare alcun impatto della pandemia sull'utilizzo dei farmaci nei pazienti cronici, mostrando addirittura un miglioramento in alcune categorie", ha spiegato **Simona Zito**, Dirigente delle professionalità sanitarie Ufficio Monitoraggio della Spesa Farmaceutica e Rapporti con le Regioni Aifa".

"A differenza di quanto si afferma l'aderenza alle terapie delle più importanti malattie croniche è sensibilmente aumentata negli ultimi 15 anni. Questo è avvenuto grazie ad un intervento dei medici di medicina generale, della filiera dei sanitari e dei farmacisti, ma anche ad una maggiore sensibilità da parte del paziente, grazie ad una informazione continua e capillare che ha convinto la classe medica che i pazienti stessi che è perfettamente inutile prescrivere dei buoni farmaci se questi poi non vengono presi in maniera adeguata. Il concetto di aderenza deve essere ancora meglio spiegato e compreso perché da una parte migliora gli outcome di terapia e dall'altra elimina inutili sprechi legati ad un'incompleta e maldestra assunzione dei farmaci", ha affermato Claudio Cricelli, Presidente Simg.

AGGIORNAMENTI



■ DIABETOLOGIA

Highlights dal congresso europeo sul diabete

■ DIAGNOSTICA

Screening con PSA, una strategia adattata al rischio

■ EPATOLOGIA

Up to date sulla steatosi epatica non alcolica

■ FARMACOLOGIA

Confronto sull'ipotesi della "polipillola"

■ NEUROLOGIA

Malattia di Alzheimer: agire prima e meglio

■ VIROLOGIA

Influenza e vaccinazione ai tempi del Covid

■ DIABETOLOGIA

Highlights dal congresso europeo sul diabete

' I virtual Meeting 2021 dell'Associazione europea per lo stu-L dio del diabete (EASD, 27 settembre - 1 ottobre) è stata l'occasione per conoscere lo stato della ricerca e i progressi della diabetologia internazionale. Di seguito alcuni topics presentati al congresso.

▶ Diabete tipo 1

L'EASD e l'American Diabetes Association (ADA) hanno unito le forze per pubblicare un nuovo documento di consenso sul T1D negli adulti. Le principali priorità di gestione del T1D delineate nel rapporto includono:

- Diagnosi: nei soggetti con età >30 anni la diagnosi di T1D viene posta tardivamente: gli autori propongono un algoritmo a cui i clinici possono fare riferimento per la dia-
- Monitoraggio del glucosio: si raccomandano sistemi per il controllo continuo della glicemia (CGM - Continuous Glucose Monitoring) in grado di misurare i livelli di glucosio nel fluido interstiziale mediante utilizzo di un sensore subcutaneo.
- Terapia insulinica: gli analoghi dell'insulina sono descritti come il "trattamento di scelta" poiché agiscono più velocemente. Il rapporto raccomanda l'uso di iniezio-

ni giornaliere multiple (MDI) o la terapia con pompa.

■ Terapie sostitutive: il trapianto di cellule del pancreas e delle isole sono terapie sostitutive delle cellule beta che potrebbero agire come cure funzionali. Sono terapie che richiedono l'immunosoppressione permanente: si esorta alla corretta informazione dei pazienti sui rischi e benefici associati a entrambe le procedure.

Il report contiene inoltre sezioni aggiuntive su come affrontare l'educazione all'autogestione del diabete, l'ipoglicemia, la chetoacidosi diabetica, le terapie aggiuntive e la gestione nelle donne in gravidanza e nelle popolazioni ad alto rischio.

► Inibitori SGLT-2

• Il processo di invecchiamento è fortemente associato allo sviluppo del DT2. Le persone anziane hanno spesso anche comorbilità multiple e sono a maggior rischio di complicazioni CV e renali. "Considerando l'aumento del rischio di complicanze e il potenziale benefico degli inibitori SGLT-2, sono stati studiati i loro effetti sugli anziani con DT2. Nel complesso, i risultati hanno mostrato che inibitori SGLT-2 sembrano essere una valida opzione terapeutica in questa popolazione" - ha commentato Maria Elena Lunati dell'Università degli Studi di Milano.

 La malattia renale cronica colpisce circa un adulto su tre con diabete. Gli inibitori SGLT-2 e l'intervento sullo stile di vita possono rallentare la progressione della malattia e migliorare la salute generale dei reni. Tuttavia, questi interventi si sono dimostrati molto più efficaci se introdotti il prima possi-

▶ Conseguenze dell'ipoglicemia

Nella ricerca sull'ipoglicemia sono stati i risultati preliminari dello studio Hypo-RESOLVE, per comprendere meglio l'impatto dell'ipoglicemia e la sua relazione con le complicanze del diabete. Lo studio ha analizzato casi di eventi ipoglicemici in oltre 22.000 soggetti con DM1 e DM2 in base a categorie di ipoglicemia stabilite:

- livello 1: 54 mg/dL 70 mg/dL
- **livello 2**: <54 mg/dL
- livello 3: ipoglicemia grave.

È stato osservato che esiste un'associazione tra il numero di eventi ipoglicemici negli ultimi 45 giorni e il rischio di un altro evento ipoglicemico (di qualsiasi livello) nei successivi 45 giorni. Questo è stato osservato sia per DM1 che per DM2. Inoltre, più eventi si sono manifestati in precedenza, maggiore è il rischio per un altro evento. Frequenti ipoglicemie sono risultate associate ad un aumentato rischio di neuropatia e malattie cardiache nei pazienti con DM2.

www.easd.org/annual-meeting/ easd-2021

■ DIAGNOSTICA

Screening con PSA, una strategia adattata al rischio

a chiave per ridurre la mortalità per cancro è la diagnosi precoce, che può essere effettuata tramite programmi di screening. Focalizzandoci sul cancro alla prostata lo screening con PSA è stato oggetto di confronto tra le società scientifiche mondiali. Per esempio la ricerca europea ERSPC ha dimostrato che mediante il dosaggio del PSA è possibile ridurre la mortalità cancro specifica del 21%; in base a questo studio, a oggi per prevenire la morte di un paziente per cancro prostatico occorre sottoporre a screening 101 pazienti oppure effettuare 13 diagnosi di tumore di prostata. Tuttavia, sarebbe impossibile e controproducente sottoporre a screening tutta la popolazione maschile a rischio, un numero evidentemente spropositato. È necessario piuttosto introdurre una stratificazione del rischio individuale, in modo da selezionare e indirizzare allo screening una popolazione specifica che possa realmente trarre beneficio dalle indagini a cui viene sottoposta. E ne guadagnerebbe anche la qualità dell'esame.

In questo scenario è stata presentata l'attuale posizione dell'Associazione europea di urologia (EAU). Le raccomandazioni contro i test dell'antigene prostatico specifico (PSA) nel 2012 hanno infatti aumentato la diagnosi in stadio avanzato e i tassi di

Take-home message

- ➤ Un approccio adattato al rischio per la diagnosi precoce del cancro alla prostata è raccomandato negli uomini di età >50 anni con un'aspettativa di vita superiore a 10-15 anni. di età <45 anni con una significativa storia familiare di cancro alla prostata, di età >45 anni negli uomini di origine africana, di età >40 anni negli uomini con una mutazione BRCA2.
- ➤ Un algoritmo guida i successivi test a intervalli in base all'età, allo screening e al PSA iniziale, nonché l'uso della risonanza magnetica per la successiva stratificazione del rischio in determinati scenari clinici.

mortalità specifici per cancro alla prostata. Obiettivo dell'EAU è stato quello di fornire raccomandazioni per l'uso del test del PSA come parte di una strategia adattata al rischio per la diagnosi precoce del ca prostatico.

Sintesi delle prove

L'EAU ha sviluppato una strategia di rilevamento precoce del cancro alla prostata adattata al rischio per uomini ben informati basata su test del PSA, calcolatori di rischio e risonanza magnetica multiparametrica, che può differenziare significativamente dal cancro alla prostata insignificante. Questo approccio evita in gran parte le sovradiagnosi/sovratrattamen-

to di uomini che difficilmente sperimenteranno sintomi correlati alla malattia durante la loro vita e facilita una diagnosi precoce di soggetti con cancro significativo per ricevere un trattamento attivo. Riduce anche la diagnosi in fase avanzata, diminuendo potenzialmente la mortalità specifica per cancro alla prostata e migliorando la qualità della vita. Questo approccio invertirà le attuali tendenze sfavorevoli e, in ultima analisi, salverà vite umane.

Ruolo attivo del paziente

L'Associazione Europea di Urologia ha sviluppato un opuscolo informativo per il paziente e un algoritmo per la diagnosi precoce. Può identificare gli uomini che non hanno bisogno di RM o di una biopsia e quelli che non mostrerebbero alcun sintomo rispetto a quelli con malattia più aggressiva che richiedono ulteriori test /trattamenti. Obiettivo è di aumentare la consapevolezza per garantire che a tutti gli uomini ben informati a rischio di cancro alla prostata significativo sia offerto un test dell'antigene prostatico specifico.

BIBLIOGRAFIA

- Van Poppel H et al. Prostate-specific Antigen Testing as part of a risk-adapted early detection strategy for prostate cancer: European Association of Urology Position and Recommendations for 2021. Eur Urol 2021; Epub ahead of print.
- www.siu.it/linee-guida/oncologiche/2020



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile scaricare con tablet/ smartphone il PDF Opuscolo informativo EAU per il paziente

■ EPATOLOGIA

Up to date sulla steatosi epatica non alcolica

teatoepatite non alcolica, rigidità epatica, nuova steatosi epatica associata a disfunzione metabolica sono stati i principali temi affrontati nel corso del Digital NAFLD Summit 2021, organizzato dall'European Association for the Study of the Liver. Nel corso dell'incontro i ricercatori hanno presentato una dichiarazione di consenso che dimostra la crescente necessità di supporto nell'affrontare la steatosi epatica non alcolica (NAFLD) come problema di salute pubblica globale. Di seguito una breve sintesi di alcune ricerche illustrate.

► NAFLD e rischio CV

Secondo una metanalisi italiana la NAFLD è correlata con un aumentato rischio a lungo termine di eventi cardiovascolari e può essere un fattore di rischio indipendente per morbilità e mortalità per CVD. Per quantificare l'associazione tra NAFLD e rischio di eventi CV, i ricercatori hanno esaminato sistematicamente 36 studi longitudinali comprendenti 5.802.226 individui (età media 53 anni). "Il carico clinico della NAFLD non è solo limitato alle sue complicanze legate al fegato, ma include anche un aumentato rischio di CVD", hanno scritto Alessandro Mantovani, AOU Integrata di Verona e colleghi. "Ci sono solo tre precedenti metanalisi che hanno mostrato che la NA-FLD è associata ad un aumentato rischio di CVD, mentre i dati disponibili sulla sua associazione con la mortalità erano contrastanti. Questa metanalisi aggiornata fornisce prove di un'associazione significativa tra la presenza di NAFLD e il rischio a lungo termine di eventi CV fatali e non fatali. I medici dovrebbero avere un alto indice di sospetto che i pazienti con NAFLD possano anche avere CVD coesistenti. La complessa interazione tra il fegato e i fattori di rischio cardiometabolico nella NAFLD evidenzia l'urgente necessità di un approccio centrato sulla persona, multidisciplinare e olistico per gestire sia le malattie del fegato che il rischio cardiometabolico".

Nuovi criteri MAFLD

I ricercatori hanno identificato più pazienti con steatosi epatica utilizzando nuovi criteri per steatosi epatica associati alla disfunzione metabolica rispetto ai criteri per NAFLD. La malattia del fegato grasso (FLD) è diventata la malattia epatica cronica più comune a livello globale con una prevalenza di oltre il 25% e una delle principali cause di cirrosi e carcinoma epatocellulare. Recentemente, è stata proposta una transizione dalla NAFLD alla malattia del fegato grasso (FLD) asso-

ciata alla disfunzione metabolica (MAFLD) per spostare l'attenzione sulla salute metabolica. La definizione richiede la presenza di disfunzione metabolica insieme alla steatosi epatica. È ormai evidente la presenza di una forte associazione bidirezionale fra NAFLD e sindrome metabolica, sebbene non sia ancora chiarito se la NAFLD debba essere considerata come una causa o piuttosto una conseguenza della sindrome metabolica. Entrambe sono espressione di un profilo di rischio cardiometabolico comune. La diagnosi di MAFLD deve basarsi sulla presenza di steatosi epatica associata a diabete, o sovrappeso/ obesità o ad una alterazione metabolica ed è quindi una diagnosi di inclusione e non più di esclusione di condizioni potenzialmente in grado di causare steatosi.

► Pioglitazone nella NASH

La terapia con pioglitazone, un agonista PPARy, ha migliorato significativamente l'infiammazione del fegato e ridotto il grasso del fegato nei pazienti con steatoepatite non alcolica. La resistenza all'insulina è l'attore chiave nella NASH, indipendentemente dall'obesità e dall'adiposità viscerale. L'efficacia terapeutica e il profilo di sicurezza merita una convalida attraverso ulteriori studi che affrontino il risultato a lungo termine e l'esplorazione della combinazione con altri farmaci.

- https://easl.eu/event/digital-nafldsummit-2021/
- Angelico F, Del Ben M Metabolic associated fatty liver disease (MAFLD) https://elearning.uniroma1.it

■ FARMACOLOGIA

Confronto sull'ipotesi della "polipillola"

egli ultimi anni è stato proposto l'impiego di una "polipillola" allo scopo di limitare il numero di compresse previste negli schemi di politerapia. Una strategia contro l'ipertensione potrebbe essere l'uso di una singola "polipillola" giornaliera che combina quattro farmaci antipertensivi, ciascuno somministrato a un quarto di dose abituale. È la conclusione dello studio QUARTET presentato al congresso ESC 2021 e pubblicato su Lancet. Lo studio ha arruolato 591 soggetti ipertesi non trattati (n. 300) o che ricevevano la monoterapia, assegnati in modo casuale al trattamento con "quadpill" o al controllo in monoterapia (n. 291). La media della PA al basale in ambulatorio era 141/85 mmHg. Gli esiti primari includevano la differenza nella PAS ambulatoriale a 12 settimane, con esiti secondari (controllo della PA, sicurezza e tollerabilità).

A 12 settimane di studio, 44 partecipanti (15%) nel gruppo di intervento hanno ricevuto ulteriori antipertensivi, rispetto ai 115 partecipanti (40%) nel gruppo di controllo. È stato osservato che la PAS era inferiore di 6.9 mmHg (p<.0001) nel gruppo di intervento rispetto al di controllo. È risultato anche che i tassi di controllo della

PA erano più alti nel gruppo di intervento (76%) rispetto al controllo (58%). Il team non ha riscontrato differenze nella sospensione del trattamento correlato agli eventi avversi a 12 settimane.

► Il confronto in Italia

Tra i dibattiti organizzati al recente congresso Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare (SIPREC) uno dei temi affrontati è stato quello dell'aderenza al trattamento nei pazienti cronici, fragili e la semplificazione del trattamento. "Per esempio le terapie di combinazione precostituite presentano diversi vantaggi perché permettono di raggiungere il target terapeutico nella maggioranza dei pazienti, di ridurre le dosi dei singoli principi attivi a vantaggio della tollerabilità, ma fondamentale è che il paziente venga coinvolto nel progetto di cura" ha affermato il Prof. Giovambattista Desideri. Università dell'Aquila.

"La polipillola invece è una possibilità che dovremo adeguatamente considerare: se ci troviamo di fronte ad un paziente che già assume diversi farmaci che possono essere contenuti in una singola compressa il passaggio è relativamente semplice. L'approccio andrebbe però considerato con cautela ma soprattutto personalizzato sul singolo paziente. I risultati di una recente metanalisi forniscono dati relativamente convincenti per una polipillola contenente almeno 2 farmaci antipertensivi, una statina ed eventualmente Asa a basse dosi. I dati suggeriscono un calo del rischio significativo del 38% per l'endpoint primario (un indice composito di morte CV, IMA, ictus o rivascolarizzazione arteriosa), con una significatività anche per gli outcome singoli, a prescindere dal profilo del paziente e della presenza di fattori di rischio addizionali".

Il dibattito è dunque ancora aperto.

BIBLIOGRAFIA

- Chow CK et al; QUARTET Investigators. Initial treatment with a single pill containing quadruple combination of quarter doses of blood pressure medicines versus standard dose monotherapy in patients with hypertension (QUARTET): a phase 3, randomised, double-blind, active-controlled trial. Lancet 2021; 398 (10305):1043-1052.
- Joseph P et al. Fixed-dose combination therapies with and without aspirin for primary prevention of cardiovascular disease: an individual participant data meta-analysis. Lancet 2021; online
- 19° Congresso nazionale SIPREC 16 settembre 2021 https://www.youtube.com/watch?v=_ZLadKJ3KLY

■ NEUROLOGIA

Malattia di Alzheimer: agire prima e meglio

ei mesi scorsi vi sono stati numerosi commenti alla notizia che la FDA avesse deciso di dare avvio all'approvazione accelerata di un farmaco per la malattia di Alzheimer, un anticorpo monoclonale (aducanumab) che ha come bersaglio la proteina beta-amiloide, che si accumula nel cervello dei malati Alzheimer. L'accumulo di alcune forme di beta-amiloide dà origine alla comparsa di placche neuritiche e senili, le quali sono a loro volta associate alla degenerazione dei neuroni cui contribuisce la fosforilazione della proteina Tau. La terapia anti amiloide, secondo quanto dichiarato dalla FDA, sarebbe in grado di contrastare l'accumulo di beta-amiloide.

"Rimane da chiarire se l'azione nei confronti di questo meccanismo sia da sola sufficiente per rallentare la progressione della malattia oppure se un eventuale effetto favorevole sia presente in tutti i pazienti e persista nel tempo. Va segnalato che, secondo la FDA, il trattamento può avere effetti collaterali e che saranno comunque necessari ulteriori studi per documentarne il profilo di tollerabilità" - ha dichiarato il Prof. Alessandro Padovani, Direttore Clinica Neurologica Università di Brescia, nel corso della presenta-

zione del congresso XXV Congresso mondiale di neurologia di ottobre 2021.

"In attesa di conoscere l'esito di altri studi di conferma sul ruolo deali anticorpi monoclonali contro l'amiloide, altri studi sperimentali hanno documentato che anche un trattamento mirato alla proteina Tau potrebbe essere anche efficace, eventualmente in associazione con i trattamenti antiamiloide.

Oltre a questo, diverse evidenze puntano su alcuni farmaci, recentemente sviluppati per la cura del diabete, che sembrano interferire a vari livelli con i processi neuropatologici associati alla malattia. mentre è recente la notizia di uno studio mediante trattamento genico al fine di incrementare la espressione di fattori neurotrofici. Infine, diverse evidenze originate anche da studi italiani convergono sul ruolo terapeutico di procedure di neurostimolazione non solo per migliorare la memoria ma anche per rallentare il decorso clinico.

► Percorsi diagnostici

"Potremmo essere sulla strada giusta ma non siamo ancora arrivati al traguardo ed è doveroso essere cauti, fino a quando non vi saranno dati confermati. In attesa di questi, è necessario migliorare i percorsi diagnostici sia per identificare la malattia di Alzheimer in fase precoce sia per individuare eventuali altri fattori di rischio o condizioni che potrebbero, se corretti o trattati. contribuire a rallentare il decorso

Per quanto riguarda la diagnosi, la ricerca italiana ha contribuito all'identificazione di biomarcatori plasmatici oltre che liquorali. Il progresso tecnologico infatti ha reso possibile negli ultimi anni la ricerca di proteine nel sangue associate alla malattia di Alzheimer, mentre negli USA sta crescendo l'interesse per tecniche mirate ad identificare la proteina amiloide mediante uno strumento per la retina. Può sembrare fantascienza ma presto saremo in grado di fare diagnosi più precoci e soprattutto più precise mediante indagini meno invasive e più sostenibili.

Tutto questo per agire prima e meglio. Infatti, è opinione largamente diffusa che una gestione tempestiva dei malati con Alzheimer mediante strategie combinate può indurre un significativo miglioramento nelle fasi lievi e rallentare la progressione. Stimolazione cognitiva e motoria, alimentazione corretta, igiene orale, vaccinazione, controllo dei fattori di rischio cardiovascolare, un sonno regolare, devono essere parte integrante di un approccio clinico alla malattia di Alzheimer senza il quale nessuna terapia potrà essere realmente efficace" - conclude il Prof. Padovani.

■ VIROLOGIA

Influenza e vaccinazione ai tempi del Covid

Se è vero che lo scorso anno il virus dell'influenza non ha circolato, quest'anno può ricominciare a camminare sulle gambe delle persone che hanno ripreso a spostarsi e a viaggiare" e di conseguenza, "i 19 milioni di vaccini antinfluenzali che le Regioni hanno prenotato, vanno somministrati": è la dichiarazione di Claudio Cricelli, presidente Sima, che, in occasione dell'evento web di Assosalute "Influenza e Covid", ha fornito alcune indicazioni.

Se si riscontra una sintomatologia riconducibile sia al Covid-19 che all'influenza, Cricelli suggerisce l'utilizzo di "tamponi combo, che danno risposta in tempo reale: sono tamponi con doppio reagente (uno per test Covid antigenico e uno per i virus antinfluenzali) che abbiamo iniziato a utilizzare negli studi dei medici di famiglia già lo scorso anno. In vista dell'arrivo della stagione influenzale potrebbero essere uno strumento molto utile, ovviamente aggiornati allo scenario attuale, da distribuire ai Mmg. Una volta escluso con sicurezza il sospetto di Covid, "il trattamento raccomandato in caso di influenza è quello dell'automedicazione responsabile, in accordo con il Mmg, che monitorerà la si-

tuazione". I farmaci senza obbligo di ricetta, se utilizzati in modo corretto, possono essere alleati preziosi. No quindi agli antibiotici se non su espressa indicazione, sì agli antipiretici. L'obiettivo deve essere "attenuare i sintomi influenzali e tenerli sotto controllo, senza 'coprirli', così da poter monitorare l'evoluzione della malattia".

▶ Lo scenario

Secondo 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, rispetto alla scorsa stagione, "lo scenario sarà leggermente diverso nonostante la convivenza con il virus SARS-CoV-2: con l'avanzamento della campagna vaccinale e l'allentamento delle restrizioni, infatti, il virus dell'influenza avrà maggiore possibilità di circolare, perché ogni contatto umano rappresenta un potenziale rischio di trasmissione.

Per questo a differenza dell'anno scorso possiamo aspettarci un aumento dei casi, anche se le misure di prevenzione e i comportamenti adottati per limitare la diffusione del SARS-

CoV-2 continueranno ad avere un ruolo importante sulla diffusione dell'influenza. I virus saranno sostanzialmente simili a quelli dell'anno scorso, anche se ci sono variazioni nel vaccino per H1N1 e H3N2, che sono quelli più 'vivaci' e la stagione presumibilmente sarà di media intensità.

Anche per coloro che hanno ricevuto il vaccino contro il SARS-CoV-2 è fondamentale la prevenzione: in caso di sintomi influenzali, infatti, anche questi soggetti dovranno comunque effettuare un tampone. Inoltre chi ha ricevuto entrambi i vaccini non può escludere di ammalarsi dato l'alto numero di virus parainfluenzali in circolazione. Il vaccino antinfluenzale, infatti, protegge dai virus influenzali prevalenti in una data stagione ma non copre l'organismo dai tanti virus che provocano sindromi da raffreddamento come il semplice raffreddore".

"Consigliamo" - ha aggiunto Cricelli, "di non allentare le misure di difesa e le precauzioni adottate dallo scorso anno: di continuare a mantenere i distanziamenti, utilizzare gli strumenti di protezione individuale, soprattutto in caso di luoghi chiusi o affollati, e di igienizzare mani, superfici e ambienti."



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



Ecografia toracica territoriale nella pregressa infezione da Sars-CoV-2

Nel follow-up dei pazienti con pregresso Covid l'ecografia toracica si presta ad un utilizzo territoriale e ambulatoriale. In questo studio, nella maggior parte dei pazienti esaminati con pregressa infezione sintomatica o asintomatica, si sono repertati persitenti alterazioni ecografiche pleuro parenchimali Covid correlate

Gianpaolo Carignano

Medico di medicina generale, ASL CN1 di Cuneo - Specialista in malattie dell'apparato respiratorio

e manifestazioni broncopolmonari da Covid-19 sono caratterizzate a livello polmonare dalla presenza di alterazioni a carattere interstiziopatico o addensamenti parenchimali tipicamente multifocali, bilaterali, con diffusione prevalente ai campi medio basali in sede mantellare.

La TC torace ad alta definizione (HRCT), per l'alta sensibilità e specificità, è considerata il gold standard per la diagnosi, la stadiazione e il monitoraggio evolutivo delle alterazioni patologiche stesse. (1-6)

Il ruolo dell'ecografia toracica come complemento nella diagnosi delle polmoniti da Covid-19 in ambito di emergenza urgenza è ormai riconosciuto dalla letteratura internazionale. (7,8) Può essere utilizzata al letto del malato, con risposte immediate al quesito clinico specifico. L'assenza di radiazioni ionizzanti dà la possibilità di ripetizioni anche ravvicinate nel tempo (utilizzabile in sicurezza in pazienti pediatrici e donne in gravidanza). La sensibilità nella ricerca di lesioni pleuropolmonari Covid-19 correlate, in periodo di pandemia risulta di poco inferiore alla sensibilità della TC polmonare. Queste caratteristiche hanno fatto di questo accertamento un valido strumento diagnostico da utilizzare precocemente in fase di sospetto di infezione e malattia, nel monitoraggio clinico e terapeutico e nel follow-up post-dimissione dei pazienti affetti da polmonite Covid-19 correlata. (9,10) Per le stesse motivazioni, l'ecografia toracica si presta ad un utilizzo territoriale/ambulatoriale, ed è attualmente riconosciuta come valido complemento diagnostico pre-ospedaliero, unitamente alla valutazione clinica, dei pazienti Covid visitati a domicilio, da parte dei medici delle USCA o dai medici di assistenza primaria specificamente formati.(11)

Nei pazienti con polmonite Covid-19, anche in fase preclinica, sono state identificate alterazioni ecografiche pleuro-polmonari che si ripetono, e che nel loro insieme, in periodo pandemico, possono identificare uno specifico pattern ecografico Covid-19 che si potrebbe definire come pattern "Covid like". (12-14)

Queste alterazioni, rispetto al quadro ecografico "fisiologico" sono caratterizzate dalla presenza di reperti patologici in genere multipli, bilaterali, multidistrettuali prevalentemente localizzati ai campi polmonari medio inferiori e postero laterali.

Le alterazioni repertate consitono in: ispessimenti irregolarità e interruzioni della linea pleurica, presenza di linee B multifocali (figura 1) separate o confluenti, piccoli consolidamenti o piccole raccolte liquide sub-pleuriche (figura 2), rari consolidamenti di dimensioni maggio-

FIGURA 1

Linee B multifocali

Linee B con raccolta liquida centimetrica sub pleurica

ri, che risultano scarsamente vascolarizzati alla valutazione ecodoppler. (15,16)

In un recente studio eseguito dal Dipartimento Emergenza Urgenza delle Molinette di Torino diretto dal professor E. Lupia, 208 pazienti afferiti al DEA delle Molinette con sintomatologia respiratoria sospetta per infezione da Covid-19, nel periodo novembre/dicembre 2020, sono stati sottoposti all'ingresso a tampone nasofaringeo per Covid-19 e allo studio ecografico del torace secondo protocollo LUS.

Lo studio ecografico all'ingresso ha riscontrato alterazioni pleuro-parenchimali tipiche per polmonite Covid-19 anche iniziali, nel 20% di pazienti risultati negativi al tampone di ingresso, e che si sono successivamente positivizzati nel corso del successivo ricovero ospedaliero.¹⁷

Per la presenza di alterazioni ecografiche persistenti dopo la fase acuta di malattia, lo studio ecografico del torace è stato in alcuni studi inserito tra gli accertamenti di follow-up dei pazienti con pregresso ricovero per polmoniti Covid-19 correlate.^(18,19,20,21)

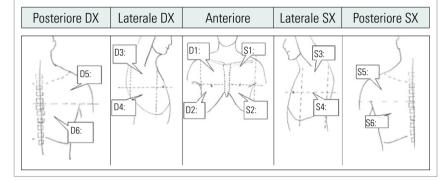
In periodo pandemico, ho eseguito ambulatorialmente alcune centinaia di ecografie toraciche a pazienti con pregressa malattia polmonare Covid-19 dopo negativizzazione del tampone, a soggetti asintomatici positivi al tampone ed altri a rischio di contagio per cause lavorative o ambientali, negative al tampone nasofaringeo per Covid -19.

► Materiali e metodi

Nel periodo dicembre 2020/maggio 2021, sono stati valutati 55 pazienti (29 femmine, età media 50,57 anni + 26 maschi, età media 58,96 anni) con precedente infezione da Covid-19 (certificata da positività del tampone nasofaringeo) con malat-

FIGURA 3

Mappatura topografica e numerazione delle alterazioni pleuriche o interstizio parenchimali evidenziate



tia respiratoria di varia gravità.

Parallelamente sono stati valutati 11 pazienti (7 femmine, eta media 55,2 anni + 4 maschi, eta media 50,5 anni) familiari di alcuni dei pazienti precedenti risultati positivi al test Covid-19 (eseguito dal SISP locale per contatto o convivenza con pazienti positivi e malati), ma del tutto asintomatici.

La valutazione ecografica è stata effettuata per i due gruppi in periodo variabile tra i 30 e 90 giorni dalla negativizzazione del tampone di chiusura registrato dal servizio SISP di Cuneo.

Lo studio ecografico di ogni paziente è stato eseguito seguendo il protocollo LUS (Lung Ultrasound Score), con utilizzo di ecografo Mindry DP 10 e sonda ecografica Convex a frequenze di 3-4 MHz con ricerca e mappatura topografica di modificazioni ecografiche compatibili con alterazione pleurica e/o interstiziale Covid-19 correlata del torace (prevalentemente linee B multifocali e bilaterali, addensamenti parenchimali sub pleurici).

I due emitoraci sono stati suddivisi ciascuno in sei campi di studio (2 anteriori + 2 laterali + 2 posteriori) che sono stati sistematicamente esaminati con mappatura topografica e numerazione delle alterazioni pleuriche o interstizio parenchimali evidenziate (figura 3).

In base alla bilateralità o monolateralità delle lesioni riscontrate e alla numerosità dei campi ecografici interessati, i pazienti sono stati successivamente suddivisi in tre gruppi (campi ecografici interessati: da 0-3, da 4-6, >6).

▶ Risultati

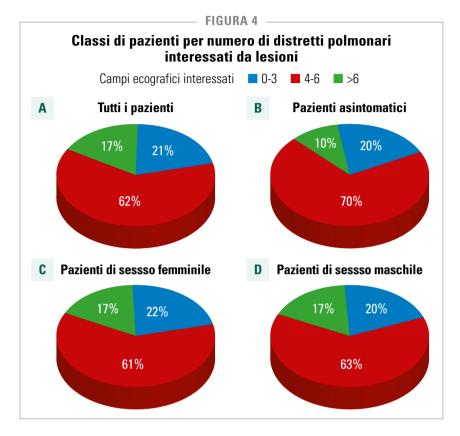
Nei pazienti con pregresso Covid-19 sintomatico, entro i 3 mesi dalla guarigione clinica e dalla negativizzazione del tampone naso faringeo, si sono evidenziate allo studio ecografico persistenti alterazioni con caratteristiche "Covid like" (alterazioni multiple >4 e bilaterali) nell'83% dei casi senza significative differenze tra maschi e femmine (figura 4 a,c,d).

Analogamente, nei pazienti asintomatici positivi al tampone, familiari conviventi di pazienti malati, si è evidenziato un pattern ecografico "Covid like" in percentuali simili (80% dei casi seppure in una casistica di soli 11 pazienti - figura 4 b).

▶ Conclusioni

In questo studio, nella maggior parte dei pazienti esaminati con pregressa infezione da Covid-19 sintomatica o asintomatica, nel periodo compreso tra 30 e 90 giorni dopo la negativizzazione del tampone nasofaringeo, si possono repertare persitenti alterazioni ecografiche pleuro





parenchimali Covid correlate (pattern ecografico "Covid like"). L'ecografia toracica, per la praticità di utilizzo, l'assenza di radiazioni ionizzanti, i bassi costi, l'assenza di effetti collaterali di rilievo, potrebbe essere utilizzata anche sul territorio nel follow-up dei pazienti con pregressa infezione broncopolmonare da Covid-19 come complemento alla clinica e alle valutazioni funzionali. Il riscontro ecografico di alterazioni pleuro-polmonari con pattern "Covid like" in pazienti a rischio di infezione Covid-19, per motivi professionali o ambientali, con tampone nasofaringeo negativo (perché non eseguito oppure eseguito al di fuori della finestra diagnostica temporale) potrebbe essere un utile complemento diagnostico per identificare pazienti con pregressa infezione o malattia polmonare Covid-19, asintomatiche o pauci-sintomatiche in presenza di positività dell'esame sierologico per la ricerca di anticorpi specifici IgG neutralizzanti anti Sars-Cov 2.

Il riconoscimento di pregressa infezione Sars-Cov2, con l'ausilio ecografico, in questa tipologia di pazienti attualmente non accettato in presenza di sola positività dell'esame sierologico, potrebbe permettere una ulteriore razionalizzazione delle risorse vaccinali della campagna in corso.

BIBLIOGRAFIA

- **1.** D'Andrea et al. L'imaging integrato nel percorso del paziente covid 19: dalla diagnosi, al monitoraggio clinico, alla prognosi. *G Ital Cardiol* 2020; 21, 5: 345-353. **2.** Pata D. et al. Chest Computed Tomography and lung ultrasound findings in COVID-19 Pneumonia: a pocket review for non-radiologists. *Front Med Losanna* 2020; 7: 375.
- **3.** Larici e al. Multimodality imaging of COVID-19 pneumonia: from diagnosis to follow up. A comprehensive review. *Eur J Radiol* 2020; 131: 109217.
- Zhao et al. Correlation betwee chest CT findings and clinical conditions of coronavirus, disease (COVID-19) pneumonia: a multicenter study. AJR 2020; 214: 1072-1077.
- **5.** Yang W. et al The role of imaging in 2019 novel coronavirus pneumonia (COVID-19). *Eur Radiol* 2020; 30(9): 4874-4882.
- **6.** Zheng Q et al. Clinical and radiological features of novel coronavirus pneumonia. *Xray Sci Technol* 2020; 28(3):391-404
- 7. Peng QY et al. Findings of lung ultrasonography of novel Coronavirus pneumonia during the 2019-2020 epidemic. Chinese Critical Care Ultrasound Study Group (CCUSG). *Intensive Care* Med 2020;46 (5):849-850.
- 8. Tung-Che Y.et al, Correlation between Chest Computed Tomography and Lung Ultrasonography in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Ultrasound Med Biol* 2020; 46(11): 2918-2926.
- **9.** European Society of Radiology (ESR). The role of lung ultrasound in COVID-19 disease. *Insights Imaging* 2021; 12(1): 81.
- **10.** Volpicelli G et al. Lung ultrasound for the early diagnosis of COVID-19 pneumonia: an international multicenter study. *intensive Care Medicine* 2021; 47: 444-454.
- **11.** Marchetti M. Eco polmonare domiciliare nella polmonite da Coronavirus. 2/04/2020 Protocollo Aipo-ITS.

- **12.** Peng QY et al. Findings of lung ultrasonography of novel Coronavirus pneumonia during the 2019-2020 epidemic. Chinese Critical Care Ultrasound Study Group (CCUSG). *Intensive Care Med* 2020; 46(5): 849-850.
- 13. Nouvenne A et al. Lung Ultrasound in COVID-19 Pneumonia: Correlations with Chest CT on Hospital admission. *Respiration* 2020; 99(7): 617-624.
- **14.** Allinovi M et al. Lung Ultrasound may support diagnosis and monitoring of COVID-19 pneumonia. *Ultrasound Med Biol* 2020; 46(11): 2908-2917.
- **15.** Pecho-Silva Set al. Pulmonary ultrasound in the diagnosis and monitoring of coronavirus disease (COVID-19): a systematic review. *Ultrasound Med Biol* 2021; 47(8): 1997-2005.
- **16.** Yi Huang et al. A preliminary study on the ultrasonic manifestations of peripulmonary lesions of non-critical novel coronavirus pneumonia (COVID-19) 2020; DOI: 10.21203/rs.2.24369/v1.
- **17.** Pivetta et al. Lung ultrasonography for the diagnosis of SARS-CoV-2 pneumonia. *Annals of Emergency Medicine* 2021; 77 4: 385-394.
- **18.** d'Andrea A et al. L'imaging integrato nel percorso del paziente con COVID-19: dalla diagnosi, al monitoraggio clinico, alla prognosi. *G Ital Cardiol* 2020; 21(5): 345-353.
- **19.** Mafort T et al. One-month outcomes of patients with SARS-CoV-2 infection and their relationships with lung ultrasound signs. *The Ultrasound* 2021; 13(1):19.
- **20**. Peixoto AO et al. Applicability of lung ultrasound in COVID-19 diagnosis and evaluation of the disease progression: A systematic review. *Pulmonology* 2021; 22: S2531-0437.
- **21.** Gaspardone et al. Lung Ultrasound in COVID-19. A role beyond the acute phase?. *J Ultrasound Med* 2021; 40(3): 503-511.

La medicina dello stile di vita

La medicina dello stile di vita non è certo una panacea e non sostituisce tutti i farmaci o le procedure. Tuttavia, può avvicinare molto al triplice obiettivo di migliorare la salute, ridurre i costi e aumentare la compliance del paziente

Quando incontro un nuovo paziente, mi ritaglio un momento per conoscerlo. Gli racconto di me e della mia filosofia personale e professionale e dei principi guida come loro nuovo medico di famiglia. Come parte di questa visita iniziale, dico sempre: 'Ho un segreto medico. Potrebbe non essere proprio una fonte di giovinezza, ma sarà un beneficio per te'.

I pazienti spesso mi guardano inquisitori (o forse scettici) come se stessi per vendergli qualche folle schema piramidale o un nuovo farmaco straordinario. Lascio che la suspense cresca, e poi dico: 'Medicina dello stile di vita una dieta sana a base vegetale; 30 minuti al giorno di attività fisica; riduzione dello stress quotidiano; 8 ore di sonno ogni notte - farà di più per te di qualsiasi farmaco o trattamento al mondo'.

Ecco che ogni tensione svanisce e spesso ci sono sorrisi e persino risate. Da questo momento in poi, non solo ho sviluppato un ottimo rapporto con i nuovi pazienti, ma essi capiscono le basi di partenza di quasi tutte le mie decisioni e consigli medici. Non fraintendermi. Sicuramente prescrivo farmaci tradizionali quando indicato. Tuttavia, dico anche ai pazienti che se faranno i cambiamenti giusti, potrebbero essere in grado di interrompere l'assunzione di alcuni.

► II "brevetto"

Racconto spesso la storia del mio "brevetto": RS, un uomo di 65 anni con ipertensione, prediabete, obesità, iperlipidemia e apnee notturne. Ha usato la CPAP, che odiava, ogni notte e assu-

meva cinque diversi farmaci. Dopo aver discusso di come potevo aiutarlo, ha iniziato a camminare per 60-90 minuti al giorno. Ha seguito una dieta sana. Nel corso di un anno ha perso peso ed ha cessato di assumere alcuni farmaci, oltre a non usare più la CPAP.

Quindi, cos'è esattamente la medicina dello stile di vita? La medicina dello stile di vita è incentrata su una dieta a base di cibi integrali e vegetali; attività fisica; riposo e recupero adeguati; gestione dello stress e connessione sociale anche per curare e invertire la malattia.

► Contraddizioni e soluzioni

La maggior parte degli studenti di medicina e la popolazione hanno una scarsa comprensione di questi principi fondamentali per prevenire e cura delle malattie. Parte del problema è che abbiamo un curriculum scolastico tradizionale che dedica una quantità inadeguata di tempo a educare i futuri medici sull'importanza dello stile di vita, non solo per la salute dei loro pazienti, ma anche per loro stessi. Da un punto di vista economico, la nostra attenzione è alle procedure ad alta tecnologia, ma cosa dobbiamo dimostrare? Alcuni dei peggiori esiti di salute li ritroviamo nei tassi astronomici di obesità e DT2.

La spesa sanitaria è su una traiettoria insostenibile e siamo diretti verso il disastro a meno che gli incentivi e i messaggi rivolti ai pazienti non cambino drasticamente e la medicina dello stile di vita è una parte della soluzione. Secondo l'American College of Life-

style Medicine, almeno l'80% della spesa sanitaria negli USA, così come in Italia, è legata al trattamento di patologie croniche: La chiave è trattare la causa sottostante piuttosto che i sintomi. Inoltre, è in espansione la letteratura sottoposta a revisione che supporta la medicina dello stile di vita basata sull'evidenza.

Ci sono enormi ostacoli strutturali e istituzionali da superare per raggiungere stili di vita ideali per tutti. La consulenza individuale e il colloquio motivazionale sono importanti; tuttavia sono necessarie politiche sanitarie e istituzionali che rendano la scelta sana una scelta facile. Dovremmo anche pensare al modo in cui in Occidente si sovvenziona l'industria alimentare. Perché offriamo sussidi agli agricoltori per il mais quando potremmo rendere più accessibili e convenienti frutta e verdura salutari? L'AAFP ha un gruppo in cui i medici di famiglia possono condividere idee e imparare da altri colleghi per incorporare la medicina dello stile di vita nella pratica.

La parte che preferisco della medicina dello stile di vita è che mette al centro i pazienti affinché si assumano veramente la consapevolezza della propria salute. La medicina dello stile di vita non è una panacea e non sostituisce tutti i farmaci o le procedure. Tuttavia, può avvicinarci molto al triplice obiettivo di migliorare la salute, ridurre i costi e aumentare la soddisfazione del paziente.

• Twitter: Alex McDonald, medico di famiglia e medicina dello sport



Multimorbilità e polifarmacoterapia

La collaborazione tra diverse società scientifiche, tra cui la Simg, ha portato alla stesura del documento "Linea guida inter-societaria per la gestione della multimorbilità e polifarmacoterapia"

I progressivo invecchiamento della popolazione ha determinato un crescente interesse per la formulazione di linee quida e di politiche sanitarie in grado di migliorare la gestione di pazienti con elevata complessità clinica, sociale ed assistenziale. Su queste basi le società scientifiche in una iniziativa congiunta hanno elaborato la "Linea guida inter-societaria per la gestione della multimorbilità e polifarmacoterapia", conservandone la centralità del paziente, ma considerando anche gli altri principali determinanti della qualità delle cure, ovvero medico curante e sistema sanitario. Di seguito una breve sintesi del documento.

Principi generali

RACCOMANDAZIONE 1

Nell'interazione tra operatore sanitario e paziente, al fine di definire un approccio ottimale al paziente con multimorbilità e/o in polifarmacoterapia si raccomanda di prendere in considerazione i seguenti principi:

- 1. Identificare le traiettorie di salute, le necessità clinico-assistenziali e le priorità del paziente riguardo il suo piano di cura.
- 2. Concordare un piano di cura individualizzato considerando le interazioni tra malattie e trattamenti, così come le preferenze del paziente per la sua assistenza e il suo contesto di vita e che comprenda:

Iniziativa congiunta di Società italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT), Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG), Società Italiana di Medicina Interna (SIMI), Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI), Società Italiana di Farmacologia (SIF)

- a. definizione di obiettivi terapeutici realistici e piani di cura presenti e futuri (compreso advanced care planning);
- **b.** identificazione di una figura responsabile del coordinamento delle cure:
- c. condivisione del piano di cura individualizzato con paziente, caregiver e professionisti sanitari coinvolti nel processo di cura;
- d. follow-up regolare, con periodica revisione dei farmaci, valutando obiettivo, necessità, efficacia, sicurezza per decidere se iniziare nuovi trattamenti, proseguire quelli in uso e sospendere quelli non necessari;
- e. regolamentazione per accesso a cure d'urgenza (PS).
- 3. Educare pazienti e/o caregivers all'uso dei farmaci e supportare l'autogestione della terapia, la consapevolezza dei benefici e rischi della polifarmacoterapia in base alle condizioni di salute e informare sul processo di deprescrizione.

Al fine di definire un approccio ottimale si raccomanda di:

- **1.** Contestualizzare le evidenze scientifiche.
- 2. Valutare il rapporto beneficio/rischio nell'usare linee guida specifiche per singole patologie, alla luce delle caratteristiche cliniche e socio-assistenziali e delle preferenze del paziente.
- **3.** Utilizzare farmaci di documentata efficacia, alla dose minima efficace e con il minor numero di unità posologiche e somministrazioni giornaliere.
- 4. Prestare attenzione alle reazioni avverse da farmaco dovute ad interazioni farmacologiche (tra farmaci, farmaco-malattia, farmaco-cibo, farmaco-integratore alimentare), alla prescrizione di farmaci inappropriati e alla cascata prescrittiva, anche attraverso l'applicazione di criteri di appropriatezza e/o l'utilizzo di strumenti di supporto informatico alla prescrizione.

Raccomandazione: positiva forte.

RACCOMANDAZIONE 2

In merito all'organizzazione di percorsi assistenziali per pazienti con multimorbilità e/o in polifarmacoterapia, si raccomanda di:

- 1. Migliorare il coordinamento e la collaborazione tra gli operatori sanitari e sociali e tra ospedale e territorio e promuovere e integrare la continuità delle cure.
- 2. Sviluppare e utilizzare tecnologie e sistemi efficaci per la condivisione delle informazioni sociosanitarie.
- 3. Promuovere l'educazione e la for-

mazione professionale ai temi della multimorbilità e polifarmacoterapia e delle misure di prevenzione.

Raccomandazione: positiva forte.

Popolazione target

RACCOMANDAZIONE 3

L'indice di fragilità (frailty index) può essere usato per identificare i pazienti con multimorbilità a rischio di ricovero ospedaliero non programmato. Raccomandazione: positiva debole.

RACCOMANDAZIONE 4

Nell'ambito dei pazienti ospedalizzati o dimessi dall'ospedale si raccomanda l'uso di strumenti validati quali la scala di fragilità CFS, il frailty index o l'MPI, al fine di identificare pazienti con multimorbilità e attesa di vita limitata.

Raccomandazione: positiva forte.

RACCOMANDAZIONE 5

Nell'ambito dei pazienti che vivono al domicilio possono essere utilizzati l'Indice di comorbilità di Charlson, il frailty index e la velocità del cammino per identificare pazienti con multimorbilità e attesa di vita limitata.

Raccomandazione: positiva debole.

Approccio individuale

RACCOMANDAZIONE 6

Gli interventi per ridurre la polifarmacoterapia e ottimizzare il trattamento farmacologico devono essere basati su una valutazione multidimensionale del paziente con, se possibile, un approccio multidisciplinare, sul coinvolgimento attivo del paziente e/o del caregiver e sull'identificazione della prescrizione inappropriata attraverso l'applicazione di criteri di appropriatezza e/o l'utilizzo di strumenti di supporto informatico alla prescrizione. È importante garantire un adeguato follow-up per valutare l'aderenza all'intervento proposto, rilevare e gestire eventuali sintomi conseguenti alla deprescrizione.

Raccomandazione: positiva forte.

RACCOMANDAZIONE 7

Si raccomanda di adottare interventi finalizzati a ridurre il numero di farmaci assunti e ad ottimizzare il trattamento farmacologico, al fine di ridurre il rischio di caduta. Tali interventi devono essere basati su una valutazione multidimensionale del paziente con, se possibile, un approccio multidisciplinare, sull'identificazione della prescrizione inappropriata anche attraverso l'applicazione di criteri di appropriatezza e/o l'utilizzo di strumenti di supporto informatico alla prescrizione, sul calcolo della tossicità cumulativa da farmaci, sul rischio di caduta e sul coinvolgimento attivo del paziente e/o del caregiver.

Raccomandazione: positiva forte.

RACCOMANDAZIONE 8

Si raccomanda la deprescrizione degli IPP nei pazienti che non abbiano una chiara indicazione al loro utilizzo (note AIFA 1 e 48). Nel caso di pazienti che abbiano intrapreso terapia con IPP per la comparsa di sintomi quali pirosi, dispepsia o altri sintomi imputabili a reflusso gastro-esofageo ed in cui tale terapia abbia portato un beneficio sintomatologico, gli IPP devono essere deprescritti (sospesi) dopo un periodo massimo di 6 settimane di terapia. Una eventuale reintroduzione del farmaco potrà essere considerata in caso di ricomparsa dei sintomi (uso on demand). Raccomandazione: positiva forte.

RACCOMANDAZIONE 9

Si raccomanda la sospensione della terapia con statine in prevenzione primaria e secondaria in tutti i pazienti con attesa di vita <1 anno. Per i pazienti di età >80 anni che utilizzano le statine in prevenzione primaria la deprescrizione va decisa in base a:

- 1. valutazione profilo del beneficiorischio del trattamento (fattori di rischio CV, attesa di vita, fragilità e interazioni farmacologiche);
- 2. discussione e condivisione delle scelte terapeutiche con il paziente. Raccomandazione: positiva forte.

RACCOMANDAZIONI 10-11

Si suggerisce di considerare il trattamento con vitamina D, indipendentemente dai valori plasmatici di 25(OH) vitamina D, in pazienti anziani con multimorbilità e con diagnosi di osteoporosi o in pazienti istituzionalizzati al fine di ridurre il rischio di caduta.

Forza della raccomandazione: positiva debole.

Il trattamento con vitamina D in pazienti anziani con multimorbilità, indipendentemente dai valori di 25(OH) vitamina D, non dovrebbe essere utilizzato per la prevenzione o trattamento di altre condizioni diverse dall'osteoporosi o dalle cadute (in particolare patologie infettive, CV ed oncologiche).

Raccomandazione: negativa debole.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF del documento



Sindrome da stanchezza cronica

Alcune condizioni cliniche rappresentano una sfida. Tra queste la sindrome da stanchezza cronica, la cui esatta patogenesi non è nota, richiede una diagnosi di esclusione

stente e debilitante e una serie di sintomi aspecifici correlati sono le caratteristiche della sindrome da stanchezza cronica (Chronic Fatige Syndorme - CFS). Il disturbo affligge adulti tra i 20 e i 40 anni, che lamentano una stanchezza disabilitante per la quale il riposo non è di alcun aiuto, e che si aggrava con l'attività fisica e intellettuale. Colpisce prevalentemente le donne e ha un'incidenza stimata tra lo 0.4 e l'1%. L'esatta patogenesi non è nota.

QUIZ

- ∠ L'insonnia è uno dei sintomi inclusi nei criteri diagnostici
- I sintomi peggiorano quando i pazienti si sdraiano e/o sollevano i piedi
- ✓ L'intensità dei sintomi deve essere moderata o grave ≤50% delle volte
- ✓ La durata dei sintomi deve essere di almeno 1 anno

APPROFONDIMENTO

Secondo la National Academy of Medicine, la diagnosi di CFS richiede la presenza dei seguenti tre sintomi per >6 mesi e l'intensità dei sintomi dovrebbe essere moderata o grave ≤50% delle volte:

■ Affaticamento: una notevole diminuzione o compromissione della capacità di un paziente di impegnarsi in attività normali prima dell'inizio della malattia, con questa compromissione che continua per >6 mesi e associata a una grave stanchezza di nuova insorgenza, non correlata allo sforzo e non alleviata dal riposo.

- Malessere post-sforzo: i pazienti manifestano un peggioramento dei sintomi e della funzione dopo l'esposizione a fattori di stress fisici o cognitivi che in precedenza erano ben tollerati.
- Sonno: i pazienti si sentono stanchi anche dopo dopo una notte di sonno.

L'adempimento dei criteri per la diagnosi richiede tutti e tre i sintomi, insieme a uno dei seguenti:

- **Deterioramento cognitivo**: problemi con il pensiero o la funzione esecutiva, peggiorati da sforzo, o stress o pressione del tempo.
- Intolleranza ortostatica: peggioramento dei sintomi dopo aver assunto e mantenuto una postura eretta. I sintomi migliorano, anche se non vengono necessariamente eliminati, sdraiandosi o alzando i piedi.

TRATTAMENTO

Il trattamento è in gran parte di supporto e si concentra sul sollievo dai sintomi. Uno studio di valutazione randomizzata (PACE) e le revisioni Cochrane hanno raccomandato la terapia cognitivo comportamentale (CBT) come metodo efficace per il trattamento. Tuttavia, sia il NICE che il CDC hanno entrambi rimosso la CBT come trattamento raccomandato a causa di prove insufficienti.

L'esercizio fisico non è una cura per

la CFS. Una revisione Cochrane ha valutato la terapia fisica rilevando che i pazienti si sentivano meno affaticati. Tuttavia, gli autori non hanno potuto concludere che la terapia fisica abbia migliorato i risultati su dolore, qualità della vita, ansia e/o depressione.

Prove emergenti sostengono che nella CFS sia interessato il metabolismo energetico, anche se non è stato stabilito con certezza un fenotipo metabolico unificante. Un gruppo di ricercatori ha eseguito la metabolomica globale, la lipidomica e le misure ormonali di 83 pazienti con CFS confrontando i dati con 35 controlli sani. Una serie di effetti eterogenei rifletteva cambiamenti specifici in 3 sottoinsiemi di pazienti, e 2 di questi esprimevano contesti caratteristici del metabolismo energetico deregolato. La rilevanza biologica di questi fenotipi metabolici (metabotipi) è stata supportata da dati clinici e analisi del sangue indipendenti. In sintesi i risultati suggeriscono che lo sforzo energetico elevato può derivare dall'ipossia tissutale innescata dallo sforzo stesso e portare all'adattamento e alla compensazione metabolica sistemica. Attraverso vari meccanismi, tale disfunzione metabolica rappresenta un probabile mediatore dei sintomi chiave nella CFS e possibilmente un bersaglio per un intervento di supporto.

https://emedicine.medscape.com

www.stanchezzacronica.it/

[•] Hoel F et al. A map of metabolic phenotypes in patients with myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. JCI Insight. 2021;6(16):e149217.

Una colonna vertebrale di bambù

In caso di sospetto clinico di spondilite anchilosante, in assenza di esami di laboratorio specifici per la diagnosi, l'indagine radiografica è dirimente per il tipico quadro di colonna vertebrale a "canna di bambù"

n uomo di 26 anni si presenta dal suo Mmg perché da circa 2 mesi presenta lombalgia e rigidità della colonna.

- Anamnesi. Il dolore è intermittente, è presente di notte, solitamente peggiora al mattino e migliora nel corso della giornata. Il paziente riferisce la progressiva incapacità di svolgere attività che richiedono flessibilità (vestirsi o allacciarsi i lacci delle scarpe). Riporta diversi brevi episodi di lombalgia negli ultimi 6 anni e una storia di diversi mesi di febbre di basso grado, malessere e anoressia, nonché una perdita di peso involontaria di circa 4.5 kg. Assume solo un multivitaminico, non fuma, ma beve occasionalmente un bicchiere di vino a cena. Assenza di condizioni mediche degne si nota, non riporta alcuna storia familiare significativa di malattia.
- Esame fisico. PA 125/67 mmHg, FC 60 b/m, FR 8 respiri/min, temperatura 36,7 °C. All'auscultazione toracica non vengono rilevati mormorii o sfregamenti, addome nella norma. Assenza di fotofobia, arrossamento degli occhi o diminuzione dell'acuità visiva.

La flessione della colonna lombare è chiaramente diminuita quando il paziente tenta di piegarsi per toccare i piedi, presenta anche dolore e limitazione di movimento alla rotazione e alla flessione laterale. L'espansione toracica è leggermente diminuita.

Come parte del workup iniziale si prescrivono indagini di laboratorio di routine e RX della colonna.

▶ Workup e diagnosi

 Esami ematochimici. Entro i limiti normali emocromo ed elettroliti, ma VES 64 mm/h.

Test del fattore reumatoide negativi, risultato positivo per l'antigene leucocitario umano (HLA)-B27.

• RX antero-posteriore e laterali della colonna lombare. Evidenza della tipica "colonna vertebrale di bambù" riferita alla spondilite anchilosante. Le immagini mostrano la sclerosi e l'anchilosi dei corpi vertebrali, senza perdita di spazio su disco (figura 1). La formazione ossea si estende attraverso i margini anteriore e laterale dei dischi intervertebrali della colonna vertebrale toracica inferiore e lombare (sindesmofitosi). Le articolazioni sacro-iliache mostrano un'estesa sclerosi periarticolare e anchilosi focale.

Per ridurre il dolore e diminuire l'infiammazione viene prescritta indometacina e si consiglia un programma di fisioterapista. Per un'ulteriore valutazione e gestione del trattamento medico si indirizza il paziente a un reumatologo.

FIGURA 1



Sclerosi e l'anchilosi dei corpi vertebrali, senza perdita di spazio su disco

Discussione

La spondilite anchilosante (SA) è una malattia infiammatoria cronica di strutture articolari e para-articolari multiple che coinvolge principalmente lo scheletro assiale. Solitamente colpisce le articolazioni sacroiliache e le faccette articolari spinali delle vertebre. A volte coinvolge anche lo scheletro appendicolare, come le articolazioni del trocantere maggiore, la rotula e il calcagno. Altre manifestazioni extraspinali includono irite/uveite e coinvolgimento cardiopolmonare. La malattia è classificata come una forma cronica e progressiva di artrite sieronegativa.

La SA colpisce gli uomini 4-10 volte più frequentemente delle donne. È 10-20 volte più frequente in parenti di primo grado di pazienti con SA, e l'aumentata prevalenza dell'Ag tissutale HLA-B27 suggerisce una predisposizione genetica, benché fattori ambientali possano svolgere un ruolo significativo.

I principi generali della gestione dell'artrite cronica si applicano anche alla SA. La terapia fisica può aiutare a prevenire l'immobilità assiale. In particolare, l'estensione spinale e gli esercizi di respirazione profonda mantengono la mobilità spinale, incoraggiano la postura eretta e promuovono l'espansione del torace.

Gli agenti anti-TNF sono altamente efficaci, possono rallentare la progressione della malattia e sono indicati se i Fans non forniscono il controllo. Gli inibitori di IL-17 sono i farmaci di scelta nei pazienti non responder agli anti-TNF. (P.L.)

https://www.medscape.com



Medici di famiglia e salute ambientale

La salvaguardia della salute passa necessariamente attraverso la salvaguardia dell'ambiente. Il volume dell'Associazione Medici per l'Ambiente affronta diversi temi, in primis il ruolo dei medici come promotori e soggetti attivi nel patrocinare la salute dell'ambiente e rendere partecipi i pazienti

uomo e gli ecosistemi sono colpiti pesantemente dall'inquinamento ambientale, che spesso è la prima causa delle malattie non trasmissibili e il motivo di aggravamento di numerose patologie. La salvaguardia della salute passa necessariamente attraverso la salvaguardia dell'ambiente.

In questo i medici hanno un ruolo importante: nel patrocinare la salute dell'ambiente e delle persone e nella diffusione delle conoscenze e delle pratiche virtuose per limitare l'evoluzione negativa di questi fenomeni. Per prepararsi ad agire in senso ecologico nella professione e a comunicare adeguatamente con i pazienti, al medico occorrono conoscenze scientifiche solide e aggiornate sui singoli problemi e sul possibile contributo che ciascun medico può apportare.

I Mmg e i PLS rappresentano per il cittadino il punto di riferimento per la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie e la protezione dell'ambiente è sicuramente parte integrante della promozione della salute. Oggi il medico dovrebbe adottare, in contrapposizione all'etica tradizionale antropocentrica (l'uomo che domina la natura), il principio di responsabilità anche nei confronti di ciò che lo circonda (l'uomo nella natura in armonia con essa).

In quest'ottica è con piacere che informiamo i lettori della pubblicazione del volume "Medici di famiglia e inquinamento ambientale: dall'acquisizione di competenze all'educazione dei pa-

zienti", curato dall'Associazione Medici per l'Ambiente-ISDE Italia, edito per i tipi di Passoni Editore (pp. 112).

Nel testo gli Autori - Mmg, PLS, specialisti - sviluppano e e approfondiscono alcuni degli aspetti più rilevanti del degrado ambientale, alla luce delle più recenti acquisizioni epidemiologiche e scientifiche.

Con una visione globale il primo capitolo si occupa di Covid-19. Indipendentemente dalle differenze epidemiologiche e fisiopatologiche tra le malattie trasmissibili e quelle non-comunicabili, la pandemia di Covid-19 ha riportato con forza all'attenzione generale l'elemento principale che queste due differenti categorie nosologiche hanno in comune: l'ambiente è il determinante fondamentale della salute umana e la compromissione dell'ambiente incrementa proporzionalmente il rischio di sviluppare o aggravare malattie.

Una sezione del volume viene dedicata agli effetti dell'inquinamento ambientale sulla salute dei bambini, alla loro suscettibilità e di quali sono le fasi di maggior rischio.

Nel ritmo sostenuto del volume si affrontano temi non comuni, quali gli effetti sull'ambiente dell'inquinamento da farmaci, nonché l'etica e deontologia della salute ambientale. Ma non solo: un capitolo è dedicato alle "scelte verdi" nello studio, ovvero il medico come esempio di comportamenti virtuosi per salvaguardare l'ambiente. Raccomandazioni che sono di carattere pratico e facilmen-

te perseguibili: come evitare di utilizzare carta e prodotti di cancelleria, riduzione dei prodotti per la pulizia e la sanificazione dell'ambulatorio, differenziazione dei rifiuti, efficienza energetica, adottare strategie di risparmio idrico e di mobilità sostenibile. Inoltre, riflettere sulle modalità prescrittive e sollecitare i pazienti, anche con l'esempio, ad un adeguato smaltimento, sono due azioni che possono ridurre la diffusione di farmaci nell'ambiente.

Ultimo, ma non ultimo, un intero capitolo è dedicato alla necessità ormai improrogabile di una formazione continua in materia di salute ambientale. (P.L.)

Il volume è disponibile in

- www.isde.it
- www.passonieditore.it





INFORMAZIONE QUALIFICATA DA FONTI QUALIFICATE







DOSI DI VITAMINA C: RIVEDERE LE INDICAZIONI OMS



DIGIUNO E MIMA-DIGIUNO NELLA LOTTA AL CANCRO



MICROBIOTA E DISTURBI DELLA SFERA PSICHIATRICA



TUMORI DEL SANGUE, OMEGA-3 IN AIUTO ALLE CURE



MOLECOLE NATURALI NELL'OVAIO POLICISTICO

Dosi di vitamina C: rivedere le indicazioni Oms

La dose giornaliera di vit. C raccomandata dall'OMS è ormai sottostimata e non più attuale

La dose giornaliera di vitamina C raccomandata dall'OMS è totalmente sottostimata e va rivista secondo le indicazioni degli ultimi anni suggerite dalle più importanti società di nutrizione umana americane ed europee. Il monito giunge

dall'American Journal of Nutrition, in virtù di un'analisi statistica dei dati di una ricerca del 1944, considerata la base delle indicazioni dell'Oms.

All'epoca, in piena Seconda guerra mondiale, presso l'Istituto Scorby di Sheffield, venne condotto uno studio finalizzato a comprendere le dosi minime di alimenti freschi con cui rifornire le scialuppe di salvataggio delle navi militari per evitare la comparsa di problemi di salute agli equipaggi.

Tra questi, lo scorbuto, malattia legata alla carenza di vit. C, un cofattore im-



portante nella formazione di collagene, il cui deficit porta a sanguinamenti gengivali e difficoltà di cicatrizzazione delle ferite. Nell'esperimento del 1944, condotto dal futuro premio Nobel Hans Krebs ma oggi del tutto impensabile per

> ovvie ragioni etiche, 20 obiettori di coscienza, su base volontaria, furono divisi in tre sottogruppi ciascuno sottoposto a un diverso trattamento: 0, 10, 70 mg/die di vitamina C sino alla comparsa di segni di scorbuto. Ferite venivano addirittura inferte appositamente dagli sperimentatori per valutare le risposte dei sottogruppi. Dopo nove mesi di test, fu individuata la dose minima per prevenire lo scorbuto, ovvero 10 mg/die, indicazione su cui si basò in parte l'Oms per definire la sua raccomandazione pari a 45 mg/die.



Due ricercatori americani hanno però ripreso in mano lo studio del 1944 rianalizzando i dati con i moderni metodi statistici, giudicando le misure dell'epoca letteralmente "fatte a occhio".

Nel gruppo 10 mg i benefici erano inferiori del 42% rispetto al gruppo 80 mg ed era riscontrabile un effetto dose-risposta per cui il range ottimale giornaliero oscilla-

va tra i 75 e i 110 mg, in linea con quanto oggi raccomandato dalla *National Academy of Medicine* e da Efsa. Da rivedere, dunque, le indicazioni Oms: non 45 ma mediamente 95 mg/die. Inoltre, secondo gli americani, il recupero da una situazione di scorbuto conclamato richiede tempi lunghi e alte dosi: non bastano, infatti, 90 mg/die dati per sei mesi.

Digiuno e mima-digiuno nella lotta al cancro

Si aprono nuovi scenari per le terapie nutrizionali da affiancare alle terapie standard

■ Per combattere il cancro dovremo combinare terapie standard a terapie nutrizionali in cui viene rivoluzionata la disponibilità di nutrienti: i cambiamenti nell'alimentazione devono rendere il sangue ostico alle cellule tumorali al punto che una terapia mirata riesca a ucciderle tutte. Questo il principio ispiratore degli studi di **Valter Longo**, direttore dell'Istituto di longevità alla University of Southern California di Los Angeles e direttore del laboratorio di longevità all'Istituto di Oncologia molecolare Ifom di Milano, che nel suo ultimo libro, "Il cancro a digiuno" (Vallardi, 363 pp.; 18,90 euro), descrive, dati alla mano, il ruolo centrale della dieta mima-digiuno come strumento di supporto nella prevenzione e nella cura di molti tipi di tumore, anche negli stadi avanzati.



▶ Effetti del digiuno sulla cellula tumorale

Mentre le cellule sane dell'organismo sono in grado di adattarsi alla limitazione di alcuni o anche di tutti i nutrienti che provengono dall'esterno, le cellule tumorali no, in quanto sviluppano una dipendenza sempre maggiore dal fatto di ricevere quantità eccessive di ciascun nutriente dall'ospite.

► Risultati dagli studi

Gli studi clinici su digiuno e tumori pubblicati dal Prof. Longo e da altri sono almeno sei e riguardano 260 pazienti, 172 dei quali hanno digiunato o sono stati sottoposti a diete mima-digiuno. Nel complesso, emerge che il digiuno è sicuro e ben tollerato in concomitanza prima di tutto con chemioterapia e radioterapia e che contribuisce a ridurre gli effetti avversi dei trattamenti. Nel primo studio clinico randomizzato su 131 pazienti con tumore alla mammella, le donne che hanno completato la maggior parte dei cicli di chemioterapia insieme alla dieta mima-digiuno, avevano una risposta clinica 2-3 volte superiore a chi non aveva seguito il digiuno. Si tratta di risultati preliminari, ma molti studi sono in corso o in attesa di pubblicazione su più tumori.

▶ Prevenzione

Il periodo di tempo ideale di astinenza dal cibo per prevenire patologie, in assenza di situazioni specifiche e di storia familiare, è di 12 ore tra la cena e la colazione del giorno seguente. Oltre alle 12-13 ore di digiuno al giorno, dovrebbe essere presa in considerazione la possibilità di sottoporsi periodicamente a delle diete mima-digiuno.

La dieta mima-digiuno dura 5 giorni ed è a basso contenuto di calorie, proteine e zuccheri e ad alto contenuto di grassi di origine vegetale, e ha dimostrato in diversi studi clinici la sua efficacia nella riduzione dei fattori di rischio e dei marcatori tumorali, tra cui lgf-1, insulina, leptina, glucosio, oltre a ridurre il grasso addominale e il girovita.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/ smartphone il commento di Valter Longo

Microbiota e disturbi della sfera psichiatrica

La disbiosi sembra essere associata all'insorgenza di disturbi psichiatrici

Crescono le evidenze di una stretta correlazione tra composizione microbica intestinale e disturbi della sfera psichiatrica. Un ulteriore contributo arriva da un'umbrella review e metanalisi di circa 60 studi clinici caso-controllo da poco pubblicata su Jama Psychiatry.

Isono state identificate ricerche che valutavano qualità e quantità delle popolazioni microbiche intestinali in relazione a diverse patologie psichiatriche. In generale, si è osservata una significativa riduzione di popolazione microbica nei pazienti rispetto ai controlli, in particolare nel disturbo bipolare. Interessante anche l'analisi qualitativa dei generi, con quadri analoghi per diverse patologie. Per esempio, una diminuzione di Faecalibcterium e Coprococcus con abbondanza di Eggerthella si sono potute riscontrare nei pazienti con depressione, disturbo bipolare, psicosi, schizofrenia e ansia, suggerendo come questi quadri clinici possano essere caratterizzati da una diminuzione di batteri produttori di butirrato a effetto antinfiammatorio, favorendo così la proliferazione di popolazioni ad azione pro-infiammatoria.

Un tema, quello del cosiddetto asse intestino-cervello, al centro anche di un webinar internazionale promosso da Yakult: "In questi ultimi anni abbiamo scoperto che il microbiota intestinale influenza le nostre emozioni", ha sottolineato Ted Dinan, psichiatra e autore del best-seller The psychobiotic revolution: mood, food, and the new science of the gut-brain connection. "La ricerca ha potuto dimostrare che chi soffre di depressione presenta una minore variabilità quantitativa e qualitativa di determinate popolazioni batteriche nell'intestino rispetto alle persone sane. La domanda ora è come possiamo trasformare questa conoscenza in cura. Le ricerche più recenti stanno mettendo in evidenza il ruolo del microbiota, suggerendoci un approccio più olistico alla malattia psichiatrica, che tenga conto anche di aspetti legati a dieta ed esercizio fisico".



Tumori del sangue, omega-3 in aiuto alle cure

La supplementazione con omega-3 è di supporto alle terapie e ne limita gli effetti collaterali

L'impiego di acidi grassi Omega-3 a supporto delle terapie anti-cancro, in particolare in ambito ematologico, comincia ad assumere un razionale scientifico consistente, al punto che un gruppo di ricercatori, guidati da Laura Di Renzo, direttrice della Scuola di specializzazione in Scienza dell'alimentazione all'Università di Roma Tor Vergata, ha deciso di raccogliere i dati oggi disponibili in letteratura Nutrition and cancer.

► Razionale

"Si tratta di un'ipotesi che si sta facendo largo in questi ultimi anni, poiché è stato visto che la supplementazione con queste molecole è di supporto alle terapie e ne limita anche i numerosi effetti collaterali - spiega Laura Di Renzo. In alcuni trial clinici il trattamento con omega-3, Epa e Dha, in pazienti con leucemie e linfomi ha portato a un miglioramento delle condizioni generali (diminuzione dei livelli plasmatici di proteine infiammatorie e della tossicità farmaco indotta).

Gli studi clinici che abbiamo trovato in letteratura sono comunque abbastanza esigui. Sarebbe opportuno e importante che venisse implementato il loro utilizzo, anche per il basso costo e l'assenza quasi totale di effetti collaterali. In futuro, si può ipotizzare che possano entrare in pianta stabile nei protocolli terapeutici per il trattamento dei tumori ematologici.



► Impiego

Sulle cellule ci sono numerosi studi che hanno evidenziato come il trattamento con Epa, Dha e altri acidi grassi come l'acido butirrico rendano le cellule maligne più pronte a subire il trattamento con i farmaci. È come se gli acidi grassi funzionassero da "apripista" per i farmaci chemioterapici che poi portano le cellule malate a morire. Questo è stato visto in tutti i tumori ematologici, Non abbiamo trovato invece lavori e dati sulle altre sindromi mielodisplastiche.

Per quanto riguarda gli studi su pazienti, ci sono ancora limitate evidenze che la supplementazione possa essere efficace; in particolare è stato visto come gli acidi grassi possano limitare gli effetti collaterali della chemioterapia e prevenire patologie correlate, come, per esempio la neuropatia periferica.

Immunoterapia e Car-T. Possono essere di supporto a queste terapie innovative e ancora sotto studio per i loro effetti avversi come aumento dei livelli di infiammazione e tossicità. Gli acidi grassi hanno notoriamente una azione antinfiammatoria, e sono in grado di inibire la molecola NFkB con relativo aumento della produzione di protectine, maresine e resolvine. Inoltre, sono dei potenti immunomodulatori, capaci di regolare i livelli di citochine proin-

fiammatorie circolanti, di alterare il pH cellulare e rimodellare la membrana. Quindi è auspicabile che possano entrare in pianta stabile nei protocolli terapeutici. Non ci sono ancora linee guida che ne consiglino l'utilizzo, ma solo alcuni trial clinici e studi preliminari. Sarebbe opportuno ipotizzare l'impiego degli acidi grassi da fonti alimentari o come integratori all'interno di un piano dietetico personalizzato, ma bisogna porre sempre molta attenzione al possibile effetto avverso nel paziente oncologico.



Molecole naturali nell'ovaio policistico

La sindrome dell'ovaio policistico (Pcos) colpisce fino al 25% delle donne in età riproduttiva ed è associato ad anomalie metaboliche a lungo termine che predispongono al rischio CV, come resistenza all'insulina (Ir), dislipidemia, disfunzione endoteliale e infiammazione sistemica. La Pcos è inoltre caratterizzata da elevati livelli sierici di ormone luteinizzante (Lh), che determinano una condizione di iperandrogenismo e un conseguente alterato rapporto tra Lh e l'ormone follicolo-stimolante (Fsh). Nel corso degli anni, sono stati proposti diversi approcci per alleviare i sintomi della Pcos. Integrazione con molecole naturali come inositoli, vitamina D e acidi grassi omega-3 possono

contribuire al miglioramento del quadro clinico: l'approfondimento di **Vittorio Unfer**, Docente di Medicina sperimentale, Università di Roma La Sapienza.





Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/ smartphone il commento di Vittorio Unfer

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

Direttore editoriale: Dario Passoni • Direttore responsabile: Nicola Miglino
Per ricevere gratuitamente la newsletter settimanale: www.nutrientiesupplementi.it • info@nutrientiesupplementi.it