

M.D.

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

Anno XXVI, numero 8 - 2019

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

IN QUESTO NUMERO

FOCUS ON

6

**Diagnostica in office
per i Mmg tra entusiasmi
e scetticismo**

MANAGEMENT

32

**Prevenzione e gestione
del piede diabetico
in Medicina Generale**

RASSEGNA

35

**Sembrava mobbing.
Quando le demenze
arrivano in età lavorativa**



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



Maria Grazia Celani

*Presidentessa dell'Associazione Alessandro Liberati
Network Italiano Cochrane*

**Screening, diagnosi e terapie
tra potenzialità e incertezze**

M.D.

MEDICINAE DOCTOR

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXVI numero 0 mese 2019

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

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Pubblicità

Teresa Premoli
Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

In questo numero

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
Screening, diagnosi e terapie tra potenzialità e incertezze 5
- **Focus on**
Diagnostica in office per i Mmg tra entusiasmi e scetticismo 6
- **Riflettori**
Manifesto per il futuro della Medicina di Famiglia italiana 8
- **Prospettive**
Appello per una nuova visione della Medicina 11
- **Contrappunto**
La più grande riforma dopo il big bang per gli studi dei medici di famiglia? 15
- **Riflessioni**
L'approccio compassionevole al management sanitario 18
- **Recensioni**
Medicina Generale. Storie e Clinica della pratica quotidiana 20
- **Italia Sanità**
Lotta ai tumori: Ssn promosso ma con forti differenze regionali 21

AGGIORNAMENTI

- **Cardiologia**
Relazione bidirezionale tra il cuore e il cervello 26
- **Gastroenterologia**
Nuove conoscenze sui disturbi associati al glutine 27
- **Farmacologia**
"Polipillola" in ambito cardiovascolare, un nuovo studio 28
- **Farmacovigilanza**
Fluorochinoloni e aneurisma aortico, effetto di classe o no? 29
- **Malattie infettive**
Se l'HIV non è rilevabile, non è trasmissibile 30
- **Oncologia**
Correlazioni tra microbiota e cancro, l'alba di una nuova era 31

CLINICA E TERAPIA

- **Management**
Prevenzione e gestione del piede diabetico in Medicina Generale.
Proposta di un modello operativo 32
- **Rassegna**
Sembra mobbing. Quando le demenze arrivano in età lavorativa 35
- **Ricerche**
Valutazione della variabilità della frequenza cardiaca negli operatori sanitari 38
- **Terapia**
Vitamina D: lettura ragionata della nota 96 42
- **Rassegna da Nutrienti e Supplementi** 45

Screening, diagnosi e terapie tra potenzialità e incertezze

Una medicina ipertrofica, a volte poco appropriata, inutilmente dispendiosa e, dall'altra parte, pazienti con richieste onerose e aspettative elevatissime, stanno creando un connubio sempre più insostenibile, sia dal punto di vista umano che economico, per il Ssn. La necessità di uscire da questa situazione richiede conoscenza e saggezza, e soprattutto tornare a fare i conti con complessità, incertezza e una relazione franca e serena fra medico e paziente.

È in questo contesto che si è tenuta, a Milano, presso l'Istituto Mario Negri, la riunione annuale dell'Associazione Alessandro Liberati, dal titolo *Screening, diagnosi e terapie: quando è troppo?*, con l'intento di discutere di sovradiagnosi, sovratrattamento e di come gestire l'incertezza diagnostica e le aspettative di cura attraverso una migliore comunicazione con pazienti e familiari e un loro maggiore coinvolgimento nei processi decisionali.

Nell'occasione *M.D. Medicinae Doctor* ha intervistato la dott.ssa **Maria Grazia Celani**, Presidentessa dell'Associazione Alessandro Liberati - *Network Italiano Cochrane*, che ci ha illustrato il rationale dell'incontro, in coerenza con gli obiettivi dell'associazione che presiede, cioè, per dirla con le sue parole: "Sostenibilità del sistema sanitario, oggi e per sempre, uniformità di accesso alle cure e formazione, in termini di appropriatezza: quindi efficacia, efficienza e valutazione dei rischi".

In questo senso l'Associazione, che non ha fini di lucro, svolge diverse attività, tra cui la promozione, in Italia e in Europa, delle attività della *Cochrane Collaboration* (iniziativa internazionale nata con lo scopo di raccogliere, valutare criticamente e diffondere le informazioni relative all'efficacia degli interventi sanitari e portata in Italia da Alessandro Liberati), con particolare riferimento alla cultura della medicina basata sulle prove di efficacia (*evidence based medicine*).

"Al singolo medico - aggiunge Maria Grazia Celani - chiediamo una maggiore competenza, grazie anche a un pronto aggiornamento e valutazione delle migliori evidenze disponibili, e di riuscire, non soltanto e non più soltanto a lavorare in un rapporto di gruppo multidisciplinare, ma anche ad entrare in un sistema di rete, per cercare di confrontarsi con strutture che eccellono in altre condizioni". "Tutto questo - precisa - in oltrepassa anche attraverso il riconoscimento del fatto che esistono delle aree grigie, non comprimibili all'interno di un percorso diagnostico o terapeutico, perché non si hanno a disposizione tutte le conoscenze o tutte le competenze.

Questo dubbio va esternalizzato, discusso e messo in relazione col paziente o con le strutture sanitarie e può diventare forma di studio, ma va evitato il riempimento di questo spazio vuoto con farmaci inutili o prescrizioni di esami che non sono coerenti".

■ Per ulteriori informazioni sull'Associazione Alessandro Liberati: associali.it



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Maria Grazia Celani

Diagnostica in office per i Mmg tra entusiasmi e scetticismo

Non sono unanimi i giudizi sui quasi 236 milioni previsti dal Disegno di legge di Bilancio 2020 per dotare gli studi dei medici di famiglia di strumenti diagnostici.

Tra i Mmg ferve la discussione e sui social i più scettici palesano il timore di ulteriori incombenze per la categoria senza un piano preciso sull'attuazione, la formazione, la manutenzione e il dovuto pagamento di prestazioni extra. Ma c'è anche chi sostiene che le priorità per la Medicina Generale siano altre

Anna Sgritto

C'è chi plaude e si dice entusiasta e chi mostra perplessità sul contributo "statale", previsto dall'ultima bozza del Disegno di legge di Bilancio 2020, che destinerebbe quasi 236 milioni (dal fondo ex art. 20, per gli investimenti in sanità) *"al fabbisogno di apparecchiature sanitarie finalizzate a garantire l'espletamento delle prestazioni di competenza dei medici di medicina generale"* (art. 55 bozza Ddl Bilancio 2020). Tra i Mmg ferve la discussione e sui social i più scettici palesano il timore di ulteriori incombenze senza un piano preciso sull'attuazione, la formazione, la manutenzione e il dovuto pagamento di prestazioni extra.

Timori legittimi, ma eccessivi, soprattutto se si leggono attentamente gli allegati al Disegno di legge di Bilancio, in particolare: la Relazione illustrativa e le note di lettura del Senato (novembre 2019 n. 99). *Vedi pdf tramite Qr-code allegato all'articolo.*

I giochi non sono ancora fatti e l'articolo 55 chiama in causa le Regioni, mentre il rinnovo dell'ACN dei medici di medicina generale è an-

cora in cantiere ed è accompagnato dallo stato di agitazione proclamato dalla Fimmg che non è stato al momento revocato. Fasciarsi la testa prima del tempo non è saggio, ma fare un quadro dei rischi e delle opportunità insiti in questa decisione è opportuno.

Sicuramente il contributo statale previsto per la dotazione degli studi dei medici di famiglia di strumenti diagnostici è un fatto nuovo, persino la Corte dei Conti si è soffermata su tale misura nel corso dell'audizione davanti alle Commissioni congiunte Bilancio del Senato e della Camera sul Ddl Bilancio per il triennio 2020-2022, sottolineando che *"va in direzione di un'assistenza territoriale più adeguata e in grado di migliorare la presa in carico dei pazienti, anche in dismissione ospedaliera, e di ridurre il fenomeno delle liste d'attesa. L'efficacia della misura dipenderà naturalmente dalla rapidità della sua attuazione: soprattutto il tempo richiesto alla condivisione da parte della Conferenza Stato Regioni dei parametri fissati dal Ministero della Salute per la costruzione del piano dei fabbisog-*

gni e dalla disponibilità di risorse non ripartite tra le regioni riconducibili all'articolo 20 della legge n. 67/1988".

► Il fattore tempo

Che il fattore tempo sia alquanto dirimente lo sottolinea anche il segretario generale della Fimmg **Silvestro Scotti** in un'intervista rilasciata a *La Gazzetta del Mezzogiorno* in occasione della tappa salentina del tour *#adessobasta*: "Speriamo si individuino strumenti normativi anche eccezionali - dichiara - tra lo Stato e le Regioni per poter rendere tali risorse subito disponibili".

La Fimmg è stata promotrice di questa svolta, sostenendo da tempo la necessità di dotare la Medicina di Famiglia di una diagnostica 'in office' e quindi non ha dubbi, né teorici, né pratici, la vede come un'opportunità soprattutto "se questa porterà con sé la possibilità - precisa Scotti - di liberarsi del carico di attività inappropriate, come quelle burocratiche, con cui viene disperso il tempo e l'impegno dei Mmg". La risposta per eludere tale

eventualità il sindacato ce l'ha e sono i *microteam* in cui il Mmg, "affiancato da varie figure sanitarie (infermiere e personale amministrativo), possa dare riscontri organici ai bisogni di salute del cittadino anche attraverso la dotazione di una strumentazione diagnostica che gli permetta di completare il percorso diagnostico in studio o a domicilio del paziente". Tale attività dovrà prevedere dei riconoscimenti economici che per il segretario Scotti "dovranno essere rivolti non alla prestazione in sé, ma ai risultati che ne deriveranno".

Proprio per accelerare i tempi la Fimmg si dice pronta ad avviare dal 1 gennaio 2020 la sperimentazione dell'utilizzo della diagnostica di primo livello. Si parte dalla Puglia dove lo sviluppo organizzativo delle cure primarie con *microteam* e il modello di gestione della cronicità sul territorio *Care Puglia 3.0* pongono la Regione in condizioni 'privilegiate' per avviare la sperimentazione. Il modello *Care Puglia 3.0* prevede proprio l'erogazione di prestazioni di telemedicina come Ecg, spirometria, fondo oculare negli studi dei Mmg. E intanto partono anche i corsi di formazione per i giovani medici come quello che vedrà impegnati i futuri Mmg del capoluogo campano.

► Ma c'è chi dice no

Le altre sigle sindacali non sono certo allineate sulla posizione della Fimmg. Non vedono in questa misura una reale svolta per la Medicina Generale.

Per il Sindacato dei Medici Italiani (Smi) sicuramente la priorità è un'altra quella di: "adeguare i compensi dei medici di famiglia al tasso di inflazione. Una richiesta tralasciata in un emendamento che, co-

me ha spiegato **Pina Onotri**, segretario nazionale SMI, il sindacato dei Medici Italiani, ha sottoposto ai senatori della Commissione Bilancio".

Per Snamì, invece, i Mmg hanno bisogno di finanziamenti appropriati e quello riservato a dotare gli studi dei Mmg di strumenti diagnostici non lo è. Ne è convinto **Angelo Testa**, presidente Snamì che, intervenendo sulla attuale e futura carenza dei medici di famiglia ha chiesto al ministro della Salute di destinare le risorse previste dalla legge di Bilancio per la dotazione di strumenti diagnostici negli studi di Mmg al completamento formativo dei medici. Per Snamì "ci sono migliaia di medici rinchiusi in un imbuto formativo che attendono una formazione medica *post lauream* e che sostengono già il Ssn con il loro impegno costante sul territorio, facendo da 'tappabuchi' per le gravi carenze di personale, vittime di una cattiva e reiterata carenza di programmazione centralistica in una disorganizzazione organizzata di Stato". Servirebbero quindi "adeguati finanziamenti da mettere nella legge di Bilancio ed un tavolo permanente per un cambio strutturale del sistema motivo per cui il sindacato ha chiesto ufficialmente al Ministro Speranza che i quasi 236 milioni di euro, stanziati in manovra per l'acquisto di apparecchiature sanitarie per i medici di famiglia, vengano destinati al completamento formativo dei medici".

Una proposta, quella dello Snamì, su cui converge anche il segretario regionale Fismu Abruzzo **Masimo Calisi**. Secondo Calise, in una lettera inviata a *Quotidiano Sanità*, per fronteggiare le attuali gravi carenze il Ssn ha più urgente bisogno di medici formati da im-

mettere nella Medicina Generale e nella specialistica ospedaliera e territoriale che non di diagnostica strumentale di primo livello per sola telemedicina a rischio di poca funzionalità alla buona cura del malato.

► Proposte "altisonanti"

A queste proposte "alternative" ha replicato prontamente sulla sua pagina Facebook il segretario generale della Fimmg, Silvestro Scotti che ha definito tali proposte altisonanti e demagogiche.

"Negli ultimi giorni Smi e Snamì - scrive Scotti - si sono sprecati in percorsi di fantasia sindacale ovvero di "demagogia" populista solo per fare cassetta con proposte altisonanti rispetto all'utilizzo dei famosi 236 milioni di euro previsti in finanziaria per la diagnostica".

Per quanto concerne il recupero dell'inflazione ha ricordato Scotti che negli ultimi anni questa ha avuto valori medi anche negativi e in buona parte già assorbiti dalle percentuali ottenute in arretrato contrattuale fino al 2017 e da ottenere negli aumenti del 2018.

In merito alla richiesta di utilizzare i 236 milioni per aumentare la formazione o meglio le borse in Medicina Generale, ha precisato, che le risorse messe in campo appartengano a fondi dedicati da leggi di bilancio in anni precedenti al finanziamento di edilizia sanitaria e tecnologia.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il pdf sull'Art. 55 Legge di bilancio 2020 e allegati

Manifesto per il futuro della Medicina di Famiglia italiana

La Medicina Generale italiana è in profonda crisi, crisi di identità e di riconoscimento, crisi formativa e di sviluppo professionale, crisi di performance e di campo di azione. Tutti coloro che hanno a cuore la sopravvivenza di questa disciplina si devono impegnare perché essa rinasca e raggiunga standard europei. Solo una Medicina Generale forte e performante potrà garantire l'esistenza di un Ssn equo ed efficace

Giuseppe Maso - *Presidente SIICP*

Se pensiamo a un medico di medicina generale italiano di livello europeo e se analizziamo i cambiamenti sociali, economici, demografici e tecnologici in corso non possiamo esimerci dal lanciare un segnale di allerta, questa disciplina nel nostro Paese rischia di scomparire e con essa buona parte dell'efficacia di uno dei migliori sistemi sanitari del mondo.

Per comprendere la situazione attuale in cui versa la Medicina Generale italiana è necessario ricordare alcuni passaggi della storia recente della formazione e dell'accesso alla professione medica. I moti studenteschi del 1968 portarono nel 1969 all'accesso libero all'Università che, fino ad allora, per la facoltà di Medicina e Chirurgia, era concesso solo a coloro che avevano frequentato il liceo classico o scientifico a quel tempo molto selettivi. Nel 1978 nasce il Sistema Sanitario Nazionale che si organizza in piena pletera medica, figlia del baby boom e dell'accesso libero alla facoltà. I posti nella Medicina Generale sono colmati inserendo un alto numero di medici non formati per la disciplina. Il medico di medicina generale (Mmg) diventa presto il "medico di base" e i suoi rapporti con il Ssn sono regolati attraverso un Accordo Collettivo Na-

zionale (ACN) con livelli di contrattazione nazionale, regionale e aziendale. Le organizzazioni sindacali della Medicina Generale assumono "responsabilità del governo clinico", il medico, secondo l'ACN vigente, "svolge la propria attività facendo parte integrante di un'aggregazione funzionale territoriale di medici di medicina generale e opera all'interno di una UCCP che può comprendere la collaborazione anche di altri operatori sanitari e sociali. Per ciascun paziente in carico il medico raccoglie, aggiorna e trasmette le informazioni all'azienda sanitaria. Aderisce ed utilizza i sistemi informativi messi a disposizione dalle regioni".

► Espropriazioni di funzioni, compiti e abilità

La Medicina Generale diviene sempre più amministrata e lentamente, ma inesorabilmente, viene espropriata di funzioni, compiti e abilità. I medici di famiglia italiani sono gli unici in Europa che non possono prescrivere un anticoagulante di ultima generazione, antidiabetici orali e insuline, sono gli unici che devono inviare i propri pazienti in "visita specialistica" per la prescrizione di "piani terapeutici" o per l'esenzione dal ticket sulla spesa sanitaria. Piani diagnostici e terapeuti-

ci regionali (PDTA) e raggruppamenti di attesa omogenei (RAO) non fanno altro che incrementare la "fabbrica della visita specialistica" che continua a prosperare. I medici che avrebbero dovuto farsi carico delle malattie frequenti che non richiedono manovre specialistiche o attrezzature di secondo livello non lo possono fare perché viene loro impedito. Il carico burocratico negli anni si fa sempre più pesante, le decisioni vengono guidate da protocolli prodotti da processi decisionali accentrati quando la professione per sua natura è basata su decisioni decentrate, personali, libere e responsabili (tabella 1).

La mancanza di un *core curriculum* universitario della disciplina e quindi di un campo di azione definito hanno impedito la difesa della disciplina. L'assenza in Italia di Dipartimenti Universitari di Medicina Generale è stata la prima causa di decadenza di questa professione (tabella 2).

► Il futuro prossimo

I punti chiave per poter interpretare i cambiamenti in atto sono:

1. Sostenibilità economica del Sistema Sanitario.
2. Popolazione medica.
3. Tecnologia.

Tabella 1

La nascita del Ssn e la trasformazione della MG

Prima del 1978	Dopo il 1978
Sistema Bismarkiano	Sistema Beveridge
Sistema non gerarchico-Professionale	Sistema Gerarchico-Normativo
Medico di famiglia - medico ospedaliero - medico condotto	Medico di MG gate-keeper; inserimento di alto numero di medici non qualificati
Medico di famiglia di pari dignità con specialisti (numero esiguo di sub specialità)	Medicina di Famiglia non specialità (alto numero di sub specialità)
Compenso a prestazione	Compenso prevalente a quota capitaria
Medicina di Famiglia ad alta comprensività e alta attrezzatura	Medicina di Famiglia a bassa comprensività e con scarsa attrezzatura
Alto livello di Clinical Skills	Basso livello di Clinical Skills
Burocrazia assente	Livello elefantico di Burocrazia
Alta indipendenza ed autonomia	Scarsa indipendenza ed autonomia

4. Conoscenze scientifiche.

5. La società.

1. La Ragioneria dello Stato ha pubblicato l'ultimo rapporto, relativo al 2017, sul monitoraggio sulla spesa sanitaria italiana. Spesa in crescita di 1,6 mld rispetto al 2016, tornano a salire anche i disavanzi (ante coperture) che sfondano l'asticella del miliardo. Il rapporto della Ragioneria contiene anche una rilevazione delle spese sanitarie sostenute dai cittadini (medici e strutture accreditate del Ssn, ticket, strutture sanitarie e socio-sanitarie non accreditate, medicinali veterinari, farmacie, parafarmacie, ottici e diverse categorie professionali) ai fini della dichiarazione dei redditi precompilata. In totale nel 2017 sono state trasmesse spese per un ammontare di 30,5mld. Di queste il 33% riguardano le spese odontoiatriche, il 22% per strutture autorizzate non accreditate, il 20% per strutture private, il 18% per i medici e il 7% per spese presso strutture pubbliche. Il problema sembra non riguardare solo il Ssn italiano, ma anche quello inglese, cui il nostro si è ispirato, che presenta *deficit* di 900 milioni di sterline. È ovvio che in una

situazione come questa si spinga per una sanità integrativa con un coinvolgimento sempre maggiore di compagnie private, assicurazioni e associazioni di categoria che si propongono di coprire la spesa che i cittadini sopportano perché non trovano risposte nel sistema sanitario pubblico. La Medicina Generale può giocare un ruolo fondamentale per la sopravvivenza di un sistema sanitario pubblico equo ed efficace solo a patto che si faccia carico della grande maggioranza dei problemi di salute recuperando aree di intervento che ha delegato o che le sono state espropriate, riacquistando abilità e competenze perdute nel tempo. Solo se questa disciplina verrà percepita come specialità al pari delle altre potrà sopravvivere ed essere scelta dai cittadini in un sistema competitivo, anche per le cure primarie, come quello che si sta configurando con la diffusione dei fondi integrativi o sostitutivi.

2. Il numero di Mmg è insufficiente. Siamo di fronte ad una estinzione programmata, errori di programmazione, una bassa considerazione sociale, una politica vessatoria nei confronti della categoria, l'espropriazione

Tabella 2

Perché istituire i Dipartimenti Universitari di Medicina di Famiglia

- Per la dignità e la nobiltà
- Per l'indipendenza economica e culturale
- Per il metodo nella ricerca e nell'insegnamento
- Per il rapporto paritario con le altre discipline
- Per l'indipendenza dei docenti
- Per la verifica dei titoli e della qualità dei docenti
- Per i rapporti internazionali istituzionalizzati
- Per lo scambio di metodologie di formazione e di ricerca
- Per la creatività del *setting*
- Per gli stimoli innumerevoli dalle altre branche
- Per dare alle altre discipline il suo patrimonio di conoscenze
- Per il riconoscimento della propria originalità
- Per le facilitazioni istituzionali quali biblioteche, mezzi didattici, ecc

di ambiti di intervento, l'aumento elefantico della burocrazia, un pesante condizionamento amministrativo sulle forme organizzative, un assente iter di carriera, un mancato riconoscimento del merito e una gestione della formazione fuori dall'accademia fanno optare i giovani medici per le altre specialità. Nessuna riorganizzazione potrà mai restituire efficacia e attrattività alla disciplina se non le verrà restituita la dignità attraverso un iter formativo accademico e la acquisizione della indipendenza e della autonomia professionale, principi per cui un medico sceglie di diventare un medico di famiglia.

3. Sembra inspiegabile la paradossale assenza di tecnologia negli studi dei medici di medicina generale italiani. Sebbene in Italia questi svolgano funzione di *gate-keeper* essi non hanno un'attrezzatura minima sufficien-

te. In Finlandia, Islanda, Lituania, Olanda e Svezia il 90% dei colleghi dispone di raggi X e della maggior parte delle attrezzature. I Paesi in cui i medici non possono fare raggi X, ma hanno un elevato grado di attrezzature sono Austria, Danimarca, Germania, Norvegia e Svizzera. In Italia le farmacie mediamente hanno attrezzatura diagnostica che i medici non posseggono. La spiegazione è semplice: il sistema di pagamento a quota capitaria e l'impossibilità di acquisire "clienti" disincentiva qualsiasi forma di investimento proprio in un momento di grandissima trasformazione delle cure mediche grazie alla tecnologia. La Medicina di Famiglia non è solo l'arte di applicare su vasta scala e simultaneamente i risultati scientifici e tecnologici delle discipline specialistiche, ma l'arte di affrontare i problemi non ancora definiti, l'arte di affrontare la complessità. Questo enorme processo di sintesi, fatto quotidianamente dai medici di famiglia è, in assoluto, la più grande conquista dell'intera medicina moderna. La tecnologia ha la possibilità di riportare al centro del Sistema Sanitario la Medicina Generale. In breve tempo siamo passati dalla cartella cartacea alla informatizzata, che ci ha permesso di fare audit e di fare ricerca su grandi numeri, alla telematica, che ha demolito i muri delle biblioteche e i confini delle comunicazioni permettendoci cura da remoto e consulti con i colleghi, alla robotica, ora i nostri computer fanno quello che solo un medico faceva: aiuto diagnostico, segnalano interazioni farmacologiche, programmano terapie ecc. Aziende multinazionali e banche IBM, Google, Philips, Goldman Sachs e altre stanno investendo enormi quantità di danaro nell'intelligenza artificiale applicata alle cure mediche e nella tecnologia della *healthcare*. La crescita della tecnologia digitale permette sempre di più alle persone di gestire

la propria salute attraverso applicazioni dello smartphone. La tecnologia ambulatoriale, la possibilità di fare diagnostica rapida a domicilio, la telemedicina, le applicazioni dello smartphone, i costi bassi e la miniaturizzazione degli strumenti non potranno che aumentare il ruolo della medicina della complessità e segneranno la scomparsa di sub-specialità mantenute in vita, in Italia, grazie a vincoli amministrativi imposti alle cure primarie.

4. La genetica, la bionica (biologia-elettronica), la biotica (biologia-informatica), le nuove categorie di farmaci per le malattie frequenti (cardiologici, antidiabetici, antireumatici ecc.) impongono un aggiornamento e uno sviluppo professionale a una categoria di medici che spesso sembra soffrire di un "analfabetismo di ritorno" dovuto in parte a mancanza di informazione e in parte alla non accessibilità prescrittiva di un folto gruppo di nuovi medicinali. È paradossale che la categoria di medici che vede il maggior numero di pazienti sia quella che riceve meno informazioni.

5. In Medicina Generale il problema essenziale non è mai parcellare e il globale è sempre essenziale. Il medico di famiglia cura la persona nella sua interezza fatta di cervello e cultura, di ragione e di pulsioni, di individuo e di società. La Medicina di Famiglia sottostà a vincoli e rituali che derivano dal mondo etico, dalle tradizioni, dalle leggi e dagli ordinamenti, dal mondo professionale e dalla tecnologia, in ultima analisi, si evolve con la società. I modelli economici, la medicina legale, i bisogni collettivi, i bisogni individuali, i cambiamenti anagrafici, la medicina tradizionale, le cure complementari, l'autorizzazione del paziente, i modelli formativi, i valori etici e religiosi e le conoscenze della popolazione sono tutti fattori che prevedono una costante rivalutazione delle cono-

scenze umanistiche, legali e psicologiche dei professionisti.

► Azioni per la sopravvivenza della Disciplina in Italia

A. La Medicina di Famiglia deve avere standard formativi, remunerazione, campo di azione, abilità e attrezzature di livello europeo.

B. Devono essere istituiti i Dipartimenti Universitari di Medicina Generale / medicina di Famiglia.

C. Deve essere previsto uno sviluppo professionale continuo e un disegno di carriera.

D. La Specialità Medicina di Famiglia deve produrre ricerca.

E. La Robotica per la Disciplina deve essere gestita dalla disciplina stessa.

F. La disciplina non può essere esclusa dalle leggi del mercato se è previsto un mercato per le cure primarie.

G. La disciplina dovrà recuperare un ruolo Gerarchico-professionale di gestione della professione, le aree "specialistiche" espropriate o delegate, le abilità cliniche e le humanities recuperando la dimensione storica dell'esistenza umana e i saperi umanistici.

La MG italiana sta soffrendo per un periodo di profonda crisi, crisi di identità e di riconoscimento, crisi formativa e di sviluppo professionale, crisi di performances e di campo di azione. Tutti coloro che hanno a cuore la sopravvivenza di questa disciplina si devono impegnare perché essa rinasca e raggiunga standard europei. Solo una Medicina Generale forte e performante potrà garantire l'esistenza di un Servizio Sanitario Nazionale equo ed efficace.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF dell'articolo integrale corredato di bibliografia

Appello per una nuova visione della Medicina

A lanciarlo è il *British Medical Journal* e si rivolge a medici e scienziati di tutto il mondo affinché venga data priorità alla prevenzione primaria e ai fattori ambientali che incidono sulla salute della collettività

Sul numero del 7 novembre del *British Medical Journal* è stato pubblicato un appello, rivolto a medici e scienziati di tutto il mondo, per invertire la rotta nella direzione della prevenzione primaria: smettere di “fare la conta” dei malati e fornire ai decisori, in tempo reale, le evidenze e le indicazioni utili per intraprendere, senza ritardi, azioni di tutela della salute collettiva, già prima che si sviluppino le malattie.

“A partire dalle osservazioni epidemiologiche, è necessario avviare un cambio di passo per una nuova visione della medicina”, spiega il primo autore dell’articolo, **Prisco Piscitelli**, medico epidemiologo dell’Istituto Scientifico Biomedico Euro Mediterraneo (ISBEM) e vicepresidente della Società Italiana di Medicina Ambientale (SIMA). Le osservazioni ci dicono che è in atto una vera e propria transizione epidemiologica che va considerata nel suo insieme, prestando particolare attenzione agli incrementi registrati nell’arco dei decenni, a partire dalle malformazioni congenite e disturbi del neuro-sviluppo, come l’autismo, fino ai tumori pediatrici o dei giovani adulti, le malattie metaboliche - tra cui il diabete giovanile -, tiroidee e neurodegenerative, una volta molto rare, come l’Alzheimer, la SLA e il Parkinson”.

“Se guardiamo ai numeri di tutte queste patologie nel loro insieme e agli incrementi che si sono registrati per ciascuna di esse nel corso degli ultimi cinquant’anni, non è possibile minimizzare il problema a una questione di differenza o congruenza tra casi osservati e attesi”, continua Piscitelli.

► I modelli consolidati

“In particolare, è inaccettabile per qualsiasi società il fatto che i tumori pediatrici, con circa 320 decessi l’anno secondo i dati di ISTAT/EUROSTAT (circa 6.000 dal 2000 ad oggi), siano diventati la prima causa di morte per malattia tra i bambini in Italia e in molti altri Stati europei, con costi di ricovero e cure stimabili tra i 30 e 50 milioni di euro l’anno solo per il nostro Paese (e costi umani incalcolabili). Gli 11.000 nuovi casi di tumori stimati dall’ALRTUM nella fascia d’età compresa tra 0 e 19 anni non si osservavano 50 anni fa, nonostante avessimo una popolazione pediatrica molto più numerosa. Abbiamo bisogno di una Medicina che ci aiuti a invertire la rotta, a modificare il nostro modo di vedere, una Medicina in grado di cambiare il mondo, come abbiamo scritto nell’appello di *BMJ*. Come medici e uomini o donne di scienza non dobbiamo e

non possiamo avere paura di mettere in discussione modelli consolidati, se le osservazioni non corrispondono alle spiegazioni proposte. La scienza non procede per dogmi, così come l’epidemiologia non può ridursi a un vano esercizio contabile, senza sentire l’urgenza di indicare qui e ora tutte le soluzioni possibili ai decisori”.

Non ha dubbi il professor **Alessandro Miani**, Presidente di SIMA e co-autore dell’articolo: “Sono le esposizioni ambientali, attraverso meccanismi epigenetici, il minimo comune denominatore di tutte le problematiche di salute che dal dopoguerra in avanti hanno raggiunto le proporzioni di vere e proprie pandemie. Il continuo e generico richiamo agli stili di vita e al fumo di sigaretta, così come le teorie di accumulo progressivo di mutazioni e danni sul DNA nel corso della vita, non spiegano, ad esempio, perché i tumori nel primo anno di vita sono in continuo aumento (con un +2% di incremento annuo). Concentrarsi solo sui fattori di rischio individuali ci allontana dal trovare le giuste soluzioni per la salute collettiva che vanno ricercate negli specifici determinanti di salute in grado di incidere su ciascuna comunità locale, a partire da quello che respiriamo, mangiamo, beviamo o con cui veniamo in contatto”.

La più grande riforma dopo il big bang per gli studi dei medici di famiglia?

Dopo quindici anni di vacanza contrattuale, con un'enorme perdita del potere di acquisto da parte del medico di medicina generale a causa di stipendi non più all'altezza e massacrati da una tassazione iniqua, ma soprattutto dall'aumento delle utenze e delle altre spese gestionali ambulatoriali nonché dall'aumento del costo della vita, ecco l'annuncio di una nuova grande riforma della dotazione degli studi dei Mmg di strumenti diagnostici che aumenterà ancora di più il nostro carico di lavoro fino ad un punto critico di breakdown che porterà l'assistenza territoriale all'apocalisse

Alessandro Chiari - Segretario Regionale Fismu Emilia Romagna

Dopo la politica delle pre-intese e delle successive intese arriva un annuncio eclatante da parte del Gran Nocchiero del più grande sindacato che abbia mai attraversato le paludi convenzionali. L'annuncio si riferisce ad una "riforma epocale" che cambierà per sempre la figura del Mmg e l'assistenza al cittadino attraverso l'acquisto di apparecchi che possano permettere di eseguire ambulatorialmente ecografia, spirometria, elettroencefalogramma ecc. Avendo lavorato in una catena nazionale che vendeva computer, essendo stato consulente di una grossa *multiutility* nazionale per la telemedicina, nonché Professore di UNIBO per un corso di alta formazione sull'*E-Health* (sanità elettronica) della Regione Emilia Romagna, credo di poter esprimere un parere, né per sentito dire né per interesse, su questa vicenda, tenendo, comunque presente, che in tempi passati sono stato un acceso assertore di qualsiasi forma di progresso territoriale attraverso la tecnologia (cfr. Il medico del 2005 - *Sole 24ore Sanità* e molti mie contributi a *M.D. Medicinae Doctor*).

Inoltre sono stato consulente unico per la regione Emilia Romagna per la realizzazione la sperimentazione ed il monitoraggio del software regionale della Continuità Assistenziale e del gruppo di ricerca e sviluppo, assieme ad altri Colleghi, per la cartella unica della Medicina Generale, strumento molto efficace, prodotta come *web application* e che, come tale può essere utilizzata da qualsiasi tipo di terminale dal PC allo *Smartphone* ecc.

Faccio tuttora parte del gruppo di monitoraggio per il continuo sviluppo della cartella stessa. Posso rendervi partecipi come tale realizzazione sia stata fortemente ostacolata da gruppi di Colleghi che preferivano continuare ad imporre altre scelte legando altri colleghi alle loro soluzioni sia dal punto di vista associativo, cooperativistico, e di *marketing*, gestendo, alla fine, una serie di prodotti che, secondo il parere di alcuni osservatori, probabilmente, avrebbero consigliato ad altri colleghi. Mi ricordo anche la drammatica seduta della firma dell'accordo per la cartella regionale unica in cui un importante funzionario della Regione dichiarò che

fosse necessaria tale cartella anche per evitare eventuali conflitti di interesse con alcune *software house*. Premesso tutto ciò per segnalare umilmente la mia formazione ed esperienza nell'informatica medica, compreso il fatto di aver fatto parte del gruppo di lavoro Sisac sulla informatizzazione, credo di poter esprimere un parere obiettivo sia come tecnico sia come sindacalista. Poi se vogliamo ricordarci che la Sanità, ogni anno, viene indicata dalla Corte dei Conti come uno dei segmenti pubblici più a rischio di corruzione, potremmo esporci a ragionamenti speculativi, che, però, non sono di nostra competenza, e che potrebbero eventualmente riguardare eventuale terzi produttori interessati alla vendita di tali strumenti tecnologici.

► Mmg come software

La prima riflessione che mi viene in mente è che la tecnologia non si paga da sola, ma strumenti nuovi attirano ancora di più il cittadino verso lo studio dei medici di famiglia, creano una ulteriore appesantimento lavorativo in un ambiente

che non può andare oltre i già massacranti carichi di lavoro odierni. La tecnologia, allo stato attuale richiede comunque qualcuno che la faccia funzionare, in questo frangente lo stesso Mmg che, in ogni caso, non sarà mai in grado di refertare quello che produce perché altrimenti, in antitesi alla normativa, diventerebbe uno specialista. Quindi potremmo dire che lo *strumento tecnologico è l'hardware* e che per farlo funzionare serve il *Mmg che faccia il lavoro del software*, mettendo a disposizione ulteriore tempo che pesa sulla pelle stessa del medico. Poi la tecnologia attuale rischia, in questa accelerazione spazio temporale, di diventare obsoleta molto in fretta: in un momento in cui la corsa alla micronizzazione, nuovi algoritmi, e il sempre più massiccio uso dell'intelligenza artificiale basata sul silicio (vedi le *Silicon Valley*) rischiamo l'acquisto di strumenti tecnologici che possono diventare obsoleti ed inutili nel giro di pochi anni con una grossa spesa, con degli accordi ed incentivi regionali tutti da definire e non certi perché se mancano le risorse non sappiamo proprio chi pagherà il medico per il *surplus* lavorativo. Vabbé che, come dice l'assessore Venturi, in modo assolutamente geniale, si può sempre reclutare gli infermieri che costano meno. Quindi parlando del contratto dei Mmg si rischia di andare a foraggiare in realtà una serie di altri contratti assumendosi carichi di lavoro che ora svolgono specialisti ed ospedalieri che sarebbero felici così come da dichiarazioni pubbliche di mollarci questa sfera di lavoro non rendendosi conto che perdendo una parte di prestazioni la loro posizione si indebolisce. Diceva Moretti nei suoi film: "Mah, continuiamo a farci del male".

► Una legittima perplessità

Il Grande Bardo della Fimmg, Collega di cui comunque ho il massimo rispetto, forse malconsigliato da errate proiezioni, annuncia quindi quella che sarebbe, a Suo parere, la più grande riforma della Medicina Generale dopo la convenzione. Peccato che questa bomba sganciata sul territorio mi ricordi tanto la *"cagata pazzesca"* (come diceva Fantozzi/Villaggio) della altra grande riforma poi abortita perché come questa inconsistente: ve lo ricordate l'h24 di Balduzziana memoria che prevedeva gli ambulatori Mmg aperti anche di notte? Ora come allora diremo, assieme a tutti i Colleghi, a queste pericolose *escalation*. Sorge forte un dubbio tra gli addetti ai lavori con cui mi sono confrontato e visto che a pensar male difficilmente si sbaglia, mi chiedo se il fatto che la Fimmg, abbia siglato di recente un documento congiunto con il Governatore dell'Emilia Romagna dal nullo valore sindacale, ma con un indubbio valore politico non legittimi di fatto il sospetto che l'annuncio riformistico, peraltro ripreso a più gettate da tutti i giornali, possa essere letto anche in chiave politica pre-elettorale regionale (forse per Emilia Romagna e Toscana).

► Le fanfare e il rapporto medico-paziente

Dopo quindici anni di partecipazione ai Comitati Regionali ed Aziendali in cui mi sono sempre scontrato, qualora sospettassi conflitti di interesse aziendali ed extra aziendali, contrastando le cavalcate manageriale di alcuni Colleghi, pseudo-esperti di *marketing*, che in questi anni consigliavano ad al-

tri Colleghi di protendere per un o altro prodotto, credo sia necessario un cambio di paradigma, rifiutando il sistema dogmatico degli *slogan* pubblicitari e ricominciando a lavorare su situazioni reali, sulla gestione e la governabilità dell'ambulatorio, ricercando professionalità ed efficacia tramite l'efficienza delle prestazioni, senza ulteriori carichi lavorativi che non possiamo più sopportare. In realtà, più che un luogo idilliaco dove il medico si possa permettere di srotolare tappeti rossi ai pazienti, impegnandosi anche in carichi di lavoro insostenibili e insopportabili, l'ambulatorio, in un momento di morbilità e vaccinazioni come questo, mostra la stessa tranquillità che potevamo trovare durante la battaglia del Monte Suribachi (come si vede nel film *"Lettere da Iwo Jima"*). Non possiamo nemmeno contare sul Ministro Speranza perché mi sembra del tutto avulso a certe dinamiche sindacali sanitarie dove la formazione più rappresentativa è da sempre organizzata più come una corporazione, piuttosto che come un moderno sindacato. Inoltre Speranza mi sembra più proiettato verso le macro-aree, cioè verso i grandi temi etici/laici/ideologici, perdendo così di vista un aspetto fondante l'esercizio della Medicina Generale: il rapporto medico-paziente che storicamente viene danneggiato quando la banda suona queste assurde fanfare. Un serio progetto territoriale deve comprendere svariate figure sanitarie e sociali che collaborano e che siano gestite dal Mmg al centro del sistema territorio. Le condotte suicide sindacali non dovrebbero far parte della nostra categoria che tanto ha già perso, ma tanto ha ancora da perdere.

L'approccio compassionevole al management sanitario

Coniugare l'attenzione alle persone con una gestione efficiente della aziende sanitarie richiede un management compassionevole, cioè bene informato di quanto sta avvenendo all'interno dell'organizzazione che dirige attraverso una conoscenza diretta dei problemi

Stefano Alice - *Medicina di Famiglia, Asl 3 - Regione Liguria*

Marina Elvira Botto - *Geriatría, Asl 3 - Regione Liguria*

Papa Francesco oltre ad essere il leader spirituale di un miliardo e duecento milioni di persone, è una delle figure preminenti della sanità mondiale visto il numero, l'importanza e la diffusione delle strutture sanitarie cattoliche. "Lo sforzo di trattare i malati come persone, e non come numeri - ha recentemente affermato il Papa - deve essere compiuto nel nostro tempo, tenendo conto della forma che il sistema sanitario ha progressivamente assunto. La sua aziendalizzazione, che ha posto in primo piano le esigenze di riduzione dei costi e razionalizzazione dei servizi, ha mutato a fondo l'approccio alla malattia e al malato stesso con una preferenza per l'efficienza, che non di rado ha posto in secondo piano l'attenzione alla persona, la quale ha l'esigenza di essere capita, ascoltata e accompagnata, tanto quanto ha bisogno di una corretta diagnosi e di una cura efficace". L'affermazione del Pontefice è ineccepibile: "il malato non può essere trattato come una macchina, né il sistema sanitario, pubblico o privato, può concepirsi come una catena di montaggio. Le persone non sono mai uguali fra loro, vanno capite e curate una per una". Tuttavia, va ricordato che tenere conto degli aspetti economici in Sanità risponde ad una esigenza

etica oltre che ad una necessità pratica. Le risorse sono limitate ed è questo il motivo per cui il loro uso deve essere controllato e razionalizzato. Impiegarne in eccesso per un certo tipo di prestazione sanitaria è uno spreco a cui potrebbe corrispondere una insufficiente disponibilità per altri settori. Non vi è nulla di immorale nell'aziendalizzazione in sé, che non deve andare necessariamente a scapito dell'attenzione alle persone malate. Lo dimostrano tante organizzazioni sanitarie religiose o filantropiche, che si contraddistinguono per l'alta qualità del servizio, che riescono ad offrire anche grazie ad una efficiente gestione manageriale.

► Le aziende e la responsabilità sociale

La necessità che gli obiettivi aziendali finanziari non siano perseguiti scorrettamente, danneggiando le persone, che il Pontefice ha sottolineato parlando di aziende sanitarie, è un argomento di studio che ha preso molto campo nelle scuole di management dal 2013 ovvero da quando si è cominciato a discutere della necessità di un "Capitalismo consapevole" (*Conscious Capitalism*), nel quale l'impresa non si ponga come unico obiettivo quello di massimizzare il ri-

torno per gli azionisti ma cerchi di creare valore anche per gli altri *stakeholder* (possessore di interessi), una categoria piuttosto vasta, che comprende i prestatori di lavoro, i clienti, i fornitori, i conferenti di capitale e la società in generale (J. Mackey, R. Sisodia "*Conscious Capitalism*" *Is Not an Oxymoron*, *Harvard Business Review*, Jan 14, 2013).

La cosa positiva e per certi versi sorprendente è che queste riflessioni, invero non originalissime a livello teorico, hanno rapidamente varcato l'ambiente accademico ed hanno fatto breccia nel mondo delle imprese. Sono molte quelle che si fanno vanto di aver abbracciato la filosofia dell'assunzione da parte dell'azienda di una maggiore responsabilità sociale (*corporate social responsibility*) nei confronti di tutti i portatori di interesse. Ne citiamo alcune fra le più note, Southwest Airlines, Google, The Container Store, Whole Foods Market e Nordstrom, che collegandosi tra loro hanno dato vita ad un vero e proprio movimento per un "capitalismo consapevole".

COMPASSIONATE MANAGEMENT

Parallelamente al tema del "capitalismo consapevole", secondo la *Harvard Business Review*, è diventato *trendy* quello del "Compassionate

Management" cioè della modalità di gestione dell'impresa necessaria per metterlo in pratica (B. Fryer, *The Rise of Compassionate Management (Finally)*, Harvard Business Review, Sept 18, 2013).

Quando centriamo sulla compassione la nostra relazione con un'altra persona, il punto nodale è il coinvolgimento personale. È così sia che si tratti di un nostro paziente, di un nostro allievo, di un nostro collega, di un nostro dipendente o di chiunque altro si rapporti con la struttura sanitaria che gestiamo. Coinvolgimento e non distacco. È questa la differenza fondamentale tra lo stile compassionevole, che propugniamo e quello della "vecchia scuola". Il convincimento di fondo è che non si possa essere medici efficienti o docenti efficienti o manager efficienti senza lasciarsi coinvolgere.

LE RISORSE UMANE

Le risorse umane contribuiscono in maniera determinante al buon funzionamento di un'azienda sanitaria, la loro gestione è cruciale ed anche qui il Santo Padre coglie nel segno: "La cura che prestate ai malati, così impegnativa e coinvolgente, esige che ci si prenda cura anche di voi. Infatti, in un ambiente dove il malato diventa un numero, anche voi rischiate di diventarlo e di essere bruciati da turni di lavoro troppo duri, dallo stress delle urgenze o dall'impatto emotivo. È quindi importante che gli operatori sanitari abbiano tutele adeguate nel loro lavoro e che ricevano il giusto riconoscimento per i compiti che svolgono e possano fruire degli strumenti adatti per essere sempre motivati e formati". Il modo con cui le persone tendono a reagire, cioè i loro atteggiamenti, condiziona come lavorano e la soddisfazione che ne traggono, influenzandone la motivazione e la perfor-

mance. Di qui l'importanza di promuovere periodicamente analisi del clima aziendale, per conoscere gli atteggiamenti del personale ed il suo grado di soddisfazione relativamente ai principali aspetti del lavoro che svolge, come ad esempio l'assetto organizzativo, la formazione, lo stile di leadership. I dati che se ne ricavano indicano le criticità sulle quali occorre intervenire.

È importante che le persone ritengano eque quelle decisioni, prese dal *management*, che più influiscono sul loro modo di lavorare. In questo senso la qualità della comunicazione interna è fondamentale. Se tra il personale si diffonde la sensazione di essere trattato in modo ingiusto, la prestazione professionale cala immancabilmente.

COINVOLGIMENTO NELLE DECISIONI

Oltre al rispetto delle regole e a cercare di evitare ambiguità organizzative, un buon modo per evitare la percezione di iniquità da parte delle persone che lavorano in una azienda sanitaria è curarne il coinvolgimento nelle decisioni, che riguardano gli obiettivi da raggiungere. La partecipazione, oltre ad essere un importante fattore di coesione, favorisce la condivisione degli obiettivi, aumenta la percezione di equità ed incrementa l'impegno. È probabile che tutto questo sfoci in un miglioramento della prestazione.

► Il lavoro in sanità

Il lavoro in sanità si svolge sempre meno da soli e sempre più in *team*. Un *team leader* è veramente autorevole solo se, oltre ad indiscusse capacità tecniche, dimostra di avere quelle capacità relazionali che gli autori anglosassoni chiamano *soft skills*: deve capire quali sono gli interessi e le motivazioni che spingono ad agire le per-

sone che coordina, deve saperle coinvolgere e persuadere; deve sapere che è normale che insorgano dei conflitti e non deve temerli, perché ha le capacità negoziali necessarie per superarli; deve saper riconoscere e gestire le proprie emozioni.

L'INTELLIGENZA SOCIALE

Sempre più una elevata intelligenza sociale si sta dimostrando una qualità essenziale per essere un buon manager nell'ambito sanitario, in cui le peculiarità del personale rendono particolarmente delicati alcuni processi aziendali, quali quelli di *budgeting*, di pianificazione e controllo, di valutazione delle performance. La capacità di compassione (*compassion competency*) favorisce un *pro-social organizational behaviour*, cioè un comportamento altruistico e generoso coi compagni di lavoro, che ne migliora la *performance*. Nelle aziende sanitarie si svolgono attività molto specifiche, fra loro diverse, ma interdipendenti. Questa complessità richiede un livello di cultura e di specializzazione del personale che è in media decisamente elevato ed in taluni casi arriva ad essere estremamente elevato. Difficoltà di coordinamento e conflitti funzionali sono intrinseci ad un siffatto modello organizzativo. In tali condizioni tanto una forte centralizzazione del potere quanto una *leadership* molto direttiva e tendenzialmente autoritaria appaiono poco opportune.

LA RESPONSABILIZZAZIONE

La disciplina, che deve essere osservata da un personale ad alta professionalità, non consiste nell'imposizione di regole da osservare in modo acritico, è piuttosto una autodisciplina, che va promossa utilizzando quell'importante fattore di crescita professionale che è la responsabilizzazione; solo così si otterrà un ambiente di lavoro disciplinato senza spegnere

la capacità di iniziativa del personale. Va ribadito perché il *management* di molte aziende di servizi, ponendosi come obiettivo l'uniformità del comportamento nei confronti dei clienti, ha puntato su un'imposizione rigida di regole e procedure, ottenuta attraverso controlli molto stretti.

COMPASSIONATE LEADERSHIP

In una azienda sanitaria le caratteristiche dei collaboratori consentono di proporre al proprio gruppo di la-

voro obiettivi sfidanti, ma è consigliabile che il *leader* ricerchi il parere dei suoi collaboratori, che lo tenga in alta considerazione e che si preoccupi dei loro bisogni, proprio per metterli in grado di esprimere interamente il loro elevato potenziale. Nella letteratura anglosassone si fa un riferimento globale a questi concetti usando l'espressione *compassionate leadership*. Chi esercita la *compassionate leadership* si contraddistingue a prima vista dal tem-

po che dedica all'ascolto dei propri collaboratori, che non abusano della sua disponibilità proprio perché sanno che la sua porta è per loro sempre aperta e dall'importanza che attribuisce alle riunioni con loro oltre che da come le conduce.

Una conseguenza di questo suo modo di agire è che un leader compassionevole è bene informato di quanto sta avvenendo all'interno dell'organizzazione che dirige ed ha una conoscenza diretta dei problemi.

RECENSIONI

Medicina Generale. Storie e Clinica della pratica quotidiana

“Medicina Generale. Storie e Clinica della pratica quotidiana” (a cura dei Mmg S. Giroto, G.B. Gottardi, U. De Conto, G. Passerini, F. Cavasin, C.G. Edizioni Medico Scientifiche. Torino. 2019, 59 euro) è un'opera “corale” e lo si è visto sin dalla prima riunione, fatta da un “gruppo di pari” che si sono interrogati circa la necessità di mettere mano alla scrittura di un'esperienza di riflessione condivisa nella professione. Sin dall'inizio nel gruppo si sono manifestate profonde differenze nella sensibilità e percezione sul tema, provenendo i partecipanti da ambiti territoriali differenti e percorsi culturali simili, ma diversificati. Tuttavia, il comune sentire, quello dell'amore per la pratica della medicina di famiglia, ci ha fatto rapidamente giungere alla definizione di un obiettivo: quello di coprire un vuoto editoriale ed in tal modo fungere da sintesi descrittiva del contesto professionale peculiare della medicina generale. La

traduzione nella pratica dell'obiettivo è stata oggetto di moltissime discussioni, al cui risultato finale ha contribuito in modo determinante l'Editore. A lui dobbiamo l'apertura di credito culturale che all'idea ci è stato dato.

• A chi si rivolge

Il testo scritto si presenta come un manuale diverso dal comune. Non ha le caratteristiche di un trattato sistematico, essendo la materia della MG talmente vasta da non trovare un posto sufficiente nella trattatistica dei celebri classici della medicina interna. La scelta quindi è caduta su di un percorso di lettura che non tralasci alcuni capisaldi irrinunciabili, per peso epidemiologico ed attinenza alla pratica clinica. La scrittura di molte storie deve portare il lettore a comprendere soprattutto l'eterogeneità dei contesti umani nei quali va calata questa difficile pratica professionale. Essa è caratterizzata da una complessità mal semplificabile, nella

quale possono trovare spazio vari elementi, quali, ad esempio, l'ascolto attivo, il ricorso a scelte tattiche sapienti, l'utilizzo di tecniche e di saperi, taciti o meno, l'accompagnamento nella sofferenza a persone in difficoltà. Il testo si presta a letture puntuali su argomenti specifici, oppure ad una lettura sistematica. Nel primo caso pensiamo ad un lettore “esperto” e maturo, come un Mmg curioso di “ri-leggere” un argomento, nel secondo ad un giovane neolaureato che si avvicini a questo ambito professionale.

• I numeri del libro

È sempre difficile fare una sintesi di un'esperienza complessa come la scrittura di un testo, ma se la si deve fare in numeri, allora proponiamo questa serie:

- 490 pagine, suddivise in 49 capitoli;
- 5 curatori accompagnati da 3 revisori;
- 78 fra autori e coautori;
- gli argomenti sviluppati afferiscono a 20 specialità mediche;
- 10 narrazioni vanno ad intervallare i diversi capitoli e fungono da casi “esemplari”;
- 3 casi clinici (le “storie”) sono in media presenti in ogni capitolo.



Lotta ai tumori: Ssn promosso ma con forti differenze regionali

Circa due terzi dei cittadini e dei pazienti oncologici si mostrano soddisfatti dell'assistenza offerta dal Servizio Sanitario Nazionale, ma con un pesante divario regionale, tra la Lombardia e la Calabria. Lo rivela una ricerca realizzata da Ipsos in collaborazione con le Associazioni pazienti e presentata in occasione del Forum annuale del progetto "La salute: un bene da difendere, un diritto da promuovere" promosso da Salute Donna onlus e da 24 Associazioni di pazienti oncologici e onco-ematologici

In Italia per il 2019 sono stimati 371 mila nuovi casi di cancro, attualmente 3.460.000 persone convivono con un tumore, tuttora seconda causa di morte nel nostro Paese, ma quasi la metà dei cittadini si sente ancora poco informata: al Nord come al Sud solo un italiano su due (55%) ritiene di avere sufficienti informazioni. Gli italiani però, e in particolare i pazienti oncologici, sono per lo più soddisfatti dell'assistenza offerta dal Servizio Sanitario, seppure con forti differenze regionali. Sono le principali indicazioni che emergono dalla ricerca "L'Italia e la lotta ai tumori: il punto di vista di pazienti e cittadini", realizzata a livello nazionale e in sei Regioni dall'Istituto Ipsos, che ha coinvolto in modo parallelo cittadini e pazienti oncologici e onco-ematologici su temi legati alla salute e all'assistenza sanitaria. La ricerca è stata presentata in occasione del Forum Annuale del progetto "La salute: un bene da difendere, un diritto da promuovere" promosso da Salute Donna onlus e dalle 24 Associazioni che dal 2014 si confrontano con le Istituzioni nazionali e regionali per migliorare la presa in carico e la tutela dei diritti dei pazienti oncologici.

La ricerca realizzata da Ipsos delinea uno scenario non privo di luci nell'assistenza oncologica ma conferma profonde differenze e disparità a livello regionale in termini di informazione, accesso alle prestazioni e qualità dell'assistenza.

► Luci e ombre

I livelli di **soddisfazione per gli elementi strutturali** del percorso di cura mettono in luce le differenze regionali tra Nord-Centro e Sud (a parziale eccezione della Sicilia): sono circa il 64% i pazienti lombardi soddisfatti della qualità del reparto di ricovero, mentre quelli di Sardegna e Calabria esprimono un giudizio positivo, rispettivamente, solo nel 40% e nel 41% dei casi.

La **concentrazione dei Centri di eccellenza** nell'area lombarda viene riconosciuta dall'83% dei pazienti intervistati in regione, mentre la Calabria pecca sia per disponibilità di questa offerta specifica (nota solo al 35% dei pazienti oncologici), ma anche per ciò che concerne la chirurgia in ambito oncologico (34%).

La **qualità dell'elemento umano** mette invece d'accordo i pazienti oncologici di tutte le Regioni monitorate: sia per quanto concerne la

capacità di mettere il paziente a proprio agio (cortesia ed empatia), sia per quanto riguarda il riconoscimento della professionalità, medici e infermieri calabresi (7 su 10 i soddisfatti) nulla hanno da invidiare a lombardi (76%) o sardi (72%).

Meno omogenei i livelli di soddisfazione per la **presenza di team multidisciplinari** che prendano in carico il paziente: si va dal minimo del 35% di soddisfazione espressa dai pazienti sardi, passando per il 59% dei siciliani al massimo del Lazio, con il 73% dei pazienti soddisfatti per questo servizio.

Ancora da migliorare, infine, **l'informazione su test genetici, farmaci innovativi e presenza di Breast Unit**, che riscontrano bassi livelli di notorietà sia tra i cittadini che presso i pazienti: solo il 43% dei cittadini e il 51% dei pazienti sono al corrente dei test cui si può avere accesso per mappare la predisposizione genetica alla malattia, il 47% dei cittadini e il 61% dei pazienti sanno dei farmaci innovativi dedicati alla cura del tumore e ancora più limitata la conoscenza dei Centri di Senologia multidisciplinari, le cosiddette *Breast Unit*, note solo a poco più di un cittadino su 3 e in egual misura ai pazienti.

AGGIORNAMENTI



■ **CARDIOLOGIA**

Relazione bidirezionale tra il cuore e il cervello

■ **GASTROENTEROLOGIA**

Nuove conoscenze sui disturbi associati al glutine

■ **FARMACOLOGIA**

"Polipillola" in ambito cardiovascolare, un nuovo studio

■ **FARMACOVIGILANZA**

Fluorochinoloni e aneurisma aortico, effetto di classe o no?

■ **MALATTIE INFETTIVE**

Se l'HIV non è rilevabile, non è trasmissibile

■ **ONCOLOGIA**

Correlazioni tra microbiota e cancro, l'alba di una nuova era

■ CARDIOLOGIA

Relazione bidirezionale tra il cuore e il cervello

Le relazioni tra cuore e cervello sono complesse e le condizioni che possono interferire con i meccanismi regolatori cuore-cervello possono compromettere la normale funzionalità cardiaca. Il tema è stato oggetto di una sessione delicata nel corso del Convegno Cardiologia Milano 2019, promosso dalla fondazione De Gasperis dell'ospedale Niguarda, di fine settembre.

“È noto che i fattori di rischio che riguardano le patologie cardio-cerebrovascolari sono sostanzialmente i medesimi: fumo, ipertensione arteriosa, sovrappeso, dislipidemie, possono infatti produrre effetti negativi sia a livello cardiaco che

cerebrale nel breve, medio e lungo termine in base alla predisposizione del soggetto” - spiega a *M.D.*

Cristina Giannattasio, Cardio Center del De Gasperis ASST Niguarda e Università Milano Bicocca.

“Sono noti casi di patologie cardiache che possono influenzare in senso negativo il cervello e viceversa. Un esempio è costituito dall'endocardite batterica, che colpisce il distretto valvolare cardiaco, ma se un agglomerato di infezione si stacca, può andare a determinare un ictus ischemico, silente o manifesto, ma che in ogni caso riduce le competenze del cervello della persona colpita.

Viceversa emblematica è la sindrome

me di TakoTsubo, scatenata da una forma di ipereccitazione psicologica (per esempio il soggetto è sottoposto ad una situazione che genera paura, panico o eccessiva felicità e stress emotivo), può ripercuotersi a livello cardiaco provocando una situazione analoga all'infarto miocardico, con coronarie indenni. La buona notizia è che la prognosi della sindrome - se correttamente diagnosticata e trattata - è generalmente buona e il tessuto miocardico riacquista le capacità contrattili.

Quindi ci sono situazioni che creano da una patologia distrettuale del cuore un problema encefalico e viceversa: una situazione di iperstimolazione o di patologia encefalica determina una malattia cardiaca.

A questo va aggiunto uno strato comune di patologia, costituito dall'aterosclerosi sistemica: le carotidi possono essere considerate lo “specchio delle coronarie”, tanto che una placca carotidea può costituire un segnale che suggerisca approfondimenti anche a livello cardiaco. Curando bene uno dei due distretti, quando malato, si possono riscontrare benefici anche sull'altro. Un ictus ben trattato può essere un fattore preventivo indiretto di tipo infatuale” - conclude Cristina Giannattasio.

Sindrome di Tako-tsubo e alterazioni delle aree neurali

Poiché la sindrome di Tako-tsubo (più comune nelle donne, gli uomini danno conto solo del 10% dei casi) si presenta in concomitanza di forti stress o dolore emotivo, ricercatori del Policlinico Universitario di Zurigo hanno indagato il cervello dei pazienti confrontandolo con quello di individui sani. Utilizzando la RM gli studiosi hanno visto che nei pazienti amigdala, giro dentato, ippocampo e altre aree importanti per le emozioni e per le funzioni autonome del corpo, comunicano poco tra loro come se in questi individui fosse alterata la risposta allo stress. “Per la prima volta abbiamo individuato un'associazione tra alterazioni funzionali in aree neurali e sindrome da crepacuore - ha commentato Templin. Ciò supporta l'idea che il cervello sia coinvolto nella genesi della malattia cardiaca. Stress fisici ed emotivi sono profondamente associati a essa ed è stato ipotizzato che l'eccessiva stimolazione del sistema nervoso autonomo (che controlla battito cardiaco e respiro) potrebbe portare alla sindrome” (*Eur Heart J* 2019; 14: 1183-1187).



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Cristina Giannattasio

■ GASTROENTEROLOGIA

Nuove conoscenze sui disturbi associati al glutine

Il focus della ricerca sui disturbi associati al glutine si sta progressivamente orientando verso approcci terapeutici personalizzati. La *United European Gastroenterology Week* di Barcellona di novembre 2019 è stata l'occasione per un confronto tra esperti a un anno di distanza dal V Expert Meeting Dr. Schär Institute, l'appuntamento in cui scienziati e medici dibattono sulle novità dalla ricerca. **Luca Elli**, gastroenterologo, Responsabile del Centro per la Prevenzione e Diagnosi della malattia celiaca, Fondazione IRCCS Ca' Granda di Milano ha fornito una breve panoramica su alcune aree tematiche.

► Sensibilità al glutine non celiaca

Oggi potrebbe essere più corretto riferirsi al quadro clinico della sensibilità al glutine non celiaca (NCGS) con il nome di "sensibilità al frumento": più del glutine stesso, sarebbero infatti altri composti del grano, gli inibitori dell'amilasi/tripsina (ATIs), i principali trigger dei sintomi, soprattutto extraintestinali. La sensibilità agli ATIs potrebbe effettivamente essere tanto comune da riguardare fino al 10% della popolazione e svolgere un ruolo patogenetico anche in al-

tre patologie di tipo immunitario (sclerosi multipla, LES, malattie infiammatorie croniche intestinali). Si potrebbe addirittura parlare di "patologie infiammatorie frumento-correlate" includendo la celiachia, le forme atipiche di allergia al frumento e la sensibilità agli ATIs. Studi sulla barriera intestinale confermano il possibile coinvolgimento dell'immunità innata riguardo alla patogenesi. Il gene della zonulina, in particolare, sembra essere iper-rappresentato nei soggetti con NCGS: in un prossimo futuro questo e altri biomarker potrebbero essere parte di un algoritmo diagnostico.

► Celiachia e dieta

Per trovare alternative alla dieta *gluten free*, sono state vagliate molteplici strategie, ma nessuna si è rivelata finora vincente. Il target terapeutico ad oggi più studiato è la zonulina, proteina coinvolta nella regolazione della permeabilità intestinale.

Inoltre si sono aperti spiragli per quanto riguarda la possibilità di reintrodurre glutine occasionalmente nella dieta dei celiaci. Uno studio molto promettente, anche se in fase decisamente preliminare, ha mostrato come una nanoparticella che veicola un allergene

della celiachia (gliadina) possa essere in grado, iniettata, di evitare che il sistema immunitario si 'ribelli' al glutine, permettendo ai soggetti celiaci di assumerne senza dare luogo a meccanismi infiammatori. Un altro studio mostra come l'ingestione occasionale e volontaria di glutine in soggetti celiaci non suscita sintomi clinici, alterazioni istologiche e complicanze anche nel lungo termine. Questi studi non variano l'atteggiamento attuale nei confronti della dieta senza glutine e il follow-up, ma aprono nuovi orizzonti per la ricerca.

► Sindrome dell'intestino irritabile

Si stima che la sindrome dell'intestino irritabile (IBS) sia motivo del 12-14% delle visite ai Mmg e che coinvolga mediamente 1 persona su 10. Di queste il 30% potrebbe soffrire anche di NCGS. Un trial controllato randomizzato ha mostrato in questi soggetti possibili effetti positivi - in termini di miglioramento dei sintomi - legati all'esclusione di glutine. La definizione del quadro clinico, oggi basata sui Criteri di Roma IV, così come l'approccio terapeutico, restano ambiti in evoluzione. Quello che è certo è che di IBS sicuramente sentiremo parlare più spesso in futuro. Particolarmente rilevanti sono i dati sui disturbi psichici e dell'ansia: nei soggetti con IBS, il rischio relativo di sviluppare ansia e depressione potrebbe essere triplo rispetto al resto della popolazione.

■ FARMACOLOGIA

“Polipillola” in ambito cardiovascolare, un nuovo studio

Il concetto di polipillola - una combinazione di farmaci a dose fissa destinata alla prevenzione di molteplici fattori di rischio di malattia cardiovascolare - è stato introdotto oltre 15 anni fa. Diversi studi hanno testato combinazioni a dose fissa di farmaci, ma gli effetti a lungo termine sugli endpoint clinici più importanti sono rimasti poco chiari. La ricerca però non si è fermata: un nuovo studio pubblicato su *Lancet* segnala che una polipillola potrebbe prevenire eventi cardiovascolari maggiori per cinque anni.

► Obiettivo dello studio

L'obiettivo dello studio randomizzato “PolyIran” era quello di valutare l'efficacia e la sicurezza di una polipillola contenente ASA, atorvastatina, idroclorotiazide e enalapril o valsartan per la prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari. Il trial ha coinvolto oltre 50.000 iraniani dai 40 ai 75 anni, seguiti per 60 mesi.

Nella sperimentazione, i soggetti sono stati assegnati in modo casuale a un intervento sullo stile di vita non farmacologico da solo o all'intervento sullo stile di vita più la polipillola una volta al giorno (ASA 81 mg, atorvastatina 20 mg, idroclorotiazide 12,5 mg ed enalapril 5 mg). Coloro che hanno sviluppato tosse

durante il follow-up sono passati a una pillola che conteneva valsartan 40 mg invece di enalapril.

L'analisi finale ha incluso 6.838 persone di età ≥ 50 anni randomizzate in 236 cluster. La metà dei partecipanti erano donne e il 10,8% presentava malattie CV preesistenti.

L'endpoint composito primario - insorgenza di eventi cardiovascolari maggiori - includeva il ricovero per sindrome coronarica acuta, infarto miocardico fatale, morte improvvisa, insufficienza cardiaca, procedure di rivascolarizzazione dell'arteria coronarica e ictus non fatale e fatale.

► Risultati

Nell'arco di 5 anni si sono verificati eventi CV importanti nel 5,9% dei pazienti che assumevano la polipillola associata all'intervento sullo stile di vita e nell'8,8% di quelli che avevano ricevuto solo l'intervento sullo stile di vita, una riduzione relativa del rischio del 34% (HR 0,66; 95% CI 0,55-0,80) con un numero necessario per il trattamento (NNT) di 34,5. Non vi sono state differenze negli eventi avversi, tra cui emorragia intracranica e sanguinamento gastrointestinale superiore.

La riduzione del rischio era coerente tra sottogruppi definiti per età, sesso, colesterolo, fumo, preesistente ipertensione, diabete o ma-

lattia CV. Il beneficio era maggiore nei pazienti con aderenza alla terapia valutata in circa il 70%. La polipillola ha anche ridotto i rischi di numerosi esiti secondari, tra cui cardiopatia ischemica fatale e non fatale e ictus fatale e non fatale. Non sono state osservate differenze tra i gruppi per mortalità complessiva e non CV, morte improvvisa e insufficienza cardiaca. Il rischio di eventi avversi è stato simile tra i due gruppi di studio.

► Commenti

“Una strategia di polipillola a dose fissa potrebbe aiutare a raggiungere l'obiettivo di ridurre la mortalità prematura per malattie CV di almeno un terzo prima del 2030” - scrivono i ricercatori.

Il loro auspicio è che “i risultati stimolino un interesse più ampio per le terapie di combinazione. La diffusa disponibilità di polipillole a basso costo probabilmente faciliterebbe gli obiettivi globali per un accesso efficace ed efficiente ai farmaci essenziali per ridurre morbidità e mortalità delle malattie CV. Il raggiungimento di questo obiettivo richiede il superamento delle barriere normative e di sistema e nello sviluppo di strategie di attuazione efficaci in contesti diversi”.

Bibliografia

- Roshandel G et al. Effectiveness of poly pill for primary and secondary prevention of cardiovascular diseases (PolyIran): a pragmatic, cluster-randomised trial. *Lancet* 2019; 394 :672-83.
- Patel AA, Huffman MD. Progressing poly pills beyond concepts to outcomes. *Lancet* 2019; 394: 617-19.

■ FARMACOVIGILANZA

Fluorochinoloni e aneurisma aortico, effetto di classe o no?

In virtù della loro efficacia, dell'ampio spettro d'azione, della farmacocinetica e maneggevolezza, i fluorochinoloni sono tra gli antibiotici maggiormente prescritti. Recentemente questa classe di antibatterici è stata associata ad un rischio aumentato di aneurismi dell'aorta e di dissezione aortica, con un rischio eccedente di 0,5 casi/1000 anni-persona per chi utilizza i fluorochinoloni vs amoxicillina. Questi studi tuttavia non avevano la potenza sufficiente per distinguere tra i diversi fluorochinoloni e al di là dell'effetto di classe, alcune molecole possono avere aspetti specifici e peculiari. In questa ottica un gruppo di ricerca internazionale formato da farmacologi ed epidemiologi ha voluto valutare il rischio specifico dei singoli fluorochinoloni, utilizzando il disegno di studio caso/non-caso (metodo validato in farmacovigilanza per individuare eventi molto rari).

La ricerca ha utilizzato "VigiBase", il database globale degli *Individual Case Safety Reports* (ICSRs) dell'OMS che include le segnalazioni di farmacovigilanza di oltre 130 nazioni. Sono stati inclusi i casi tra il 1972 e il 2017 contenenti il termine "aortic aneurysms and dissections" di pazienti con età ≥ 50 anni (i non-casi erano tutti gli altri rapporti). L'esposizione ai fluorochinoloni è stata confrontata con amoxicillina. Ricerche simili sono state eseguite con gli ICSRs relativi a "lesione, dolore, rottura di tendini e tendinite".

► Risultati

Tra gli ICSRs registrati nel database i ricercatori hanno individuato 113 aneurismi o dissezioni dell'aorta con fluorochinoloni (tra cui 12 con più di un solo fluorochinolone) e 8 con amoxicillina. L'esposizione a fluorochinoloni era associata a un

rischio più elevato di segnalazioni di aneurismi/dissezioni in confronto all'esposizione ad amoxicillina. Rispetto all'uso di altri fluorochinoloni, un elevato ROR* è stato osservato solo con levofloxacina (tabella). Riguardo alle alterazioni tendinee, un incremento del ROR è stato riscontrato con i fluorochinoloni vs amoxicillina (ROR 122,48, IC 95% 80,60-186,14). Quando ciascun fluorochinolone è stato confrontato con tutti gli altri fluorochinoloni, solo pefloxacina e levofloxacina sono risultati associati a un ROR significativamente aumentato per le alterazioni tendinee.

► Conclusioni

Lo studio conferma il rischio di aneurismi e dissezioni dell'aorta associato ai fluorochinoloni, ma per la prima volta segnala che tra i fluorochinoloni, solo levofloxacina era associata a un rischio di evento avverso. Nella discussione gli autori osservano che il fatto che levofloxacina fosse associata anche a un aumentato rischio di alterazioni tendinee potrebbe indicare un meccanismo farmacologico comune per le due reazioni avverse, come anche un rischio farmaco-specifico. I meccanismi farmacologici che spiegano queste differenze rimangono sconosciuti e lo studio presenta alcuni limiti: come suggerito dagli AA sono necessari ulteriori ricerche.

*ROR è una tecnica analitica usata in farmacovigilanza. È una misura di associazione che si riferisce agli Odds Ratio tipici degli studi caso-controllo.

• Sommet A et al. *J Gen Intern Med* 2019; 34: 502-503.

Aneurismi e dissezioni dell'aorta e singoli fluorochinoloni

	Casi	Non-casi	ROR* corretto
Levofloxacina	67	63.932	2,78
Ciprofloxacina	18	57.538	0,33
Moxifloxacina	10	16.687	0,86
Ofloxacina	3	12.330	1,29
Gatifloxacina	2	3008	nd

* ROR (Reporting Odds Ratio) è stato corretto per età, genere, segnalatore (medico vs altri), continente, anno di segnalazione, numero di altri farmaci prescritti

■ MALATTIE INFETTIVE

Se l'HIV non è rilevabile, non è trasmissibile

Prima è stato osservato, poi è stato dimostrato: la terapia antiretrovirale riduce la quantità di virus nel sangue, e di conseguenza riduce significativamente anche il rischio di trasmissione di HIV ad altre persone. Se la terapia è efficace, la quantità di virus è talmente ridotta da eliminare completamente il rischio di trasmissione dell'HIV per via sessuale.

L'evidenza della non contagiosità nella sfera dei rapporti sessuali è frutto di ricerche che definiscono a rischio zero un rapporto sessuale senza profilattico con una persona in trattamento efficace e viremia soppressa. Dalla prima affermazione del dato scientifico dalla coorte svizzera nel 2009, la ricerca ha fornito dati rilevati su migliaia di persone fino al 2018. Con la pubblicazione dei risultati degli studi PARTNER-1 e PARTNER-2, presentati al congresso mondiale di Amsterdam AIDS del 2018 è arrivata la definitiva conferma.

La non trasmissibilità per via sessuale dell'infezione da HIV da parte delle persone la cui viremia sia sotto la soglia della determinabilità è stata definita internazionalmente con l'acronimo U=U, letteralmente undetectable=untransmittable, cioè non rilevabile=non trasmissibile.

“Si tratta di un'evidenza rivoluzionaria, poiché permette alle coppie di

avere rapporti sessuali senza utilizzare il profilattico e alle persone HIV positive di alleggerire il peso sociale dell'infezione - ha sottolineato la Prof.ssa **Antonella D'Arminio Monforte**, Ordinario di Malattie Infettive all'Università di Milano e Direttore Struttura Complessa di Malattie Infettive, ASST Santi Paolo e Carlo. Inoltre può contribuire a contrastare lo stigma nei loro confronti, ancora oggi molto forte. L'evidenza scientifica su U=U non è ancora completamente passata né tra le persone che vivono con HIV/AIDS, né tra la popolazione generale, dalla quale è ampiamente ignorata. Qualche riluttanza, dovuta soprattutto a carenza informazione, è ancora presente anche in ambito medico”.

La non trasmissibilità accertata del virus, in caso di soppressione virale, apre inoltre alle persone con HIV nuovi scenari e progetti di vita: dalla possibilità di concepire figli sani in modo naturale alla liberazione psicologica di non sentirsi più un rischio per gli altri.

► Consensus Conference italiana

Su queste basi la Società di Malattie Infettive e Tropicali (Simit) e la Italian Conference on Aids and antiviral Research (ICAR), insieme alle associazioni di pazienti e della società civile impegnate nelle te-

matiche HIV/AIDS, hanno promosso in novembre la “Consensus Conference Italiana su U=U”, per declinare, con la comunità dei medici e dei pazienti che cosa si intenda, nella pratica, con l'espressione “U=U”, quale ne sia la portata, come debba essere mantenuto e protetto e quanto ciò implichi in Italia. Nel corso dell'incontro è stata annunciata un documento di indirizzo, che elencherà le fattispecie di rischio/evidenza e che sarà fonte di messaggi e campagne mirate alla diffusione del concetto U=U.

Inoltre, U=U vuol dire che, in generale grazie alle terapie, la possibilità di trasmettere il virus HIV è nettamente diminuita. Quindi è necessario continuare ad impegnarsi per rendere il test HIV un gesto da compiere periodicamente, in maniera responsabile, ma anche affinché tutte le persone HIV positive possano continuare ad avere la migliore assistenza sanitaria e la migliore qualità della vita possibile. È quanto auspicano le associazioni dei pazienti.

Va rilevato però che secondo gli ultimi dati italiani sono 3.443 le nuove diagnosi di infezione da HIV (da attribuibile a rapporti sessuali non protetti) e che la sua prevalenza tra le persone con una IST è circa 45 volte più alta di quella stimata nella popolazione generale italiana.

Nonostante la portata rivoluzionaria di U=U, le precauzioni, prima tra tutte l'uso del profilattico, rimangono uno strumento imprescindibile per ridurre il rischio di trasmissione di HIV e di altre malattie sessualmente trasmissibili con un partner non conosciuto.

■ ONCOLOGIA

Correlazioni tra microbiota e cancro, l'alba di una nuova era

Esiste una relazione tra microbiota e cancro? Come influisce il nostro patrimonio di batteri sulle infiammazioni e che ruolo ha nella risposta dei pazienti alle terapie oncologiche? Sono stati i temi che hanno portato a "MIBIOC - The way of the microbiota in cancer", primo convegno internazionale svoltosi all'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano (21-22/11/2019) e che ha ospitato esperti di tutto il mondo per un primo confronto su attualità e prospettive future del microbiota in ambito oncologico, dalla patogenesi alle terapie.

"Ci sono sempre più indizi particolarmente stimolanti della stretta correlazione tra la nostra flora intestinale, che convive con noi in maniera mutualistica e simbiotica, e aspetti che possono regolare la nascita di tumori ma anche le risposte alle terapie - spiega a *M.D.* **Riccardo Valdagni**, Presidente di Mibioc e Direttore S.C. Radioterapia Oncologica 1 e Direttore Programma Prostata, Istituto dei Tumori di Milano. Oggi grazie alla metagenomica, sappiamo che la popolazione batterica svolge un ruolo fondamentale nel mantenimento dello stato di salute dell'organismo ospitante.

Studiare il microbiota vuol dire valutare come un meta-organismo

formato da cellule umane e microbi commensali che vivono nel nostro corpo - anche 1.5 kg solo nel nostro intestino - sia in grado di interagire con alcuni aspetti della nostra vita e possa anche essere modificato dalla vita stessa, soprattutto attraverso interventi che abbiano l'obiettivo di modulare le risposte alle terapie (chemioterapia, radioterapia e immunoterapia).

"Mantenere un buon equilibrio tra batteri, funghi e virus che convivono nel nostro intestino ma anche nella bocca, sulla cute e nelle vie genito-urinarie è fondamentale per fare funzionare al meglio l'organismo: è necessario infatti evitare la sopraffazione di un gruppo di batteri, virus, funghi o protozoi rispetto ad un altro per ridurre la concentrazione di molecole pro-infiammatorie nel sangue. Allo stato attuale ci sono segni evidenti che il microbiota possa influenzare lo sviluppo di un tumore, ma come questo accada è ancora oggetto di studio. È però innegabile come i risultati finora ottenuti abbiano aperto la porta ad una nuova e promettente area di ricerca per la cura del cancro che coinvolga il microbiota come parte integrante del nostro organismo e delle nostre difese" - spiega Valdagni.

► **Gli studi**

Recenti studi preclinici e pochi studi clinici incentrati su diversi tipi di tumore supportano il ruolo chiave del microbiota intestinale (e in minor misura del microbiota salivare) nel modulare la risposta dell'ospite ai farmaci chemioterapici, alla radioterapia e alla immunoterapia. Il profilo di microbiota, pur non essendo ancora un biomarcatore validato, sembra però impattare non solo sull'efficacia delle terapie antitumorali, ma anche sulle tossicità derivanti dalle stesse. All'INT è in corso uno studio volto all'individuazione della possibile relazione tra effetti tossici indotti dalle terapie e microbiota salivare o intestinale nei pazienti con tumori della testa-collo e della prostata che ricevono radio-chemioterapia o radioterapia esclusiva".

► **Effetti dei probiotici**

L'uso dei probiotici in oncologia è da approfondire. Se da un lato vi è l'indicazione all'utilizzo di probiotici contenenti Lattobacilli per la prevenzione della diarrea in pazienti con malattia addominale e candidati a chemio-radioterapia, dall'altro è sconsigliato il loro uso indiscriminato, specialmente se il paziente è immunodepresso per un possibile rischio di eventi avversi.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Riccardo Valdagni

Prevenzione e gestione del piede diabetico in Medicina Generale

Proposta di un modello operativo

Il Mmg rappresenta una figura primaria per lo screening della complicanza piede diabetico volto a ridurre il rischio di amputazioni maggiori, ma non solo: è la figura pro-attiva di congiunzione tra territorio e medicina specialistica

Stefano Riccardi* - Liliana Dulach E. Fava*****

Secundo i dati della Sorveglianza Passi 2015-2018 dell'ISS il 5% della popolazione dai 18 ai 65 anni riferisce una diagnosi di diabete mellito. La prevalenza cresce con l'età, arrivando al 10% fra i 50 ed i 69 anni, nelle fasce socio-economiche più svantaggiate e nelle regioni meridionali, in particolare Campania e Sicilia. La prevalenza non cambia dal 2008. La cura del diabete è complessa, richiede tempo e il coinvolgimento di molti professionisti: il piano di cura deve comprendere un programma di educazione all'autogestione, la consulenza nutrizionale, un intervento intensivo/multifattoriale sui fattori di rischio cardiovascolare e la prevenzione delle complicanze. Queste ultime possono essere elencate in trombo-emboliche, renali, oculari, neuropatiche e piede diabetico.

► Linee Guida dell'IWGDF

Focalizzando lo studio del trattamento della complicanza "piede diabetico" le Linee Guida dell'IWGDF 2015, che si compongono di cinque documenti prodotti da altrettanti gruppi di lavoro rappresentati da esperti internazionali,

* Medico di medicina generale, Specialista in Wound Care - ASL RM 6 Distretto H1

** Infermiera ambulatorio di Medicina Generale

*** Infermiere (Elaborazione grafici e tabelle)

forniscono una guida sul piede diabetico in termini di prevenzione, calzature e scarico, malattie delle arterie periferiche, infezioni e riparazione tissutale. Si definisce piede diabetico la presenza di una ulcerazione o la distruzione dei tessuti profondi del piede nel paziente diabetico che si associa ad anomalie neurologiche ed a vari gradi di vasculopatia periferica. Rappresenta la prima causa di amputazione non traumatica degli arti. Si stima che in Europa la prevalenza di lesioni ulcerative al piede nei diabetici sia intorno al 5.5%. Nei Paesi sviluppati la prevalenza di ricoveri per piede ulcerato è del 2% e di questi annualmente l'1% esita in amputazione. Le amputazioni degli arti inferiori nell'85% dei casi sono precedute da un'ulcera. Il piede diabetico rappresenta una fonte di grande sofferenza per il paziente e di costi sociali per il servizio sanitario.

I fattori più importanti alla base dello sviluppo di ulcere del piede sono la neuropatia sensitiva periferica, le deformità del piede legate alla neuropatia motoria, i traumi minori del piede e l'arteriopatia obliterante periferica. La lesione ulcerativa, suscettibile di infezione, può rappresentare un'urgenza medica. Solo 2/3 delle ulcere del piede guariscono mentre il 28% può richiedere la necessità di amputazione,

minore o maggiore, degli arti inferiori. Le lesioni del piede diabetico insorgono spesso in pazienti che hanno contemporaneamente due o più fattori di rischio in cui la neuropatia diabetica periferica gioca un ruolo centrale. Perdita di sensibilità, deformità del piede e limitata mobilità articolare possono causare anomalie del carico biomeccanico sul piede producendo un ispessimento della cute (callo). Di conseguenza si avrà un ulteriore aumento del carico anomalo, spesso con emorragie sottocutanee e ulcera sottostante. Il 50% dei pazienti con ulcera del piede diabetico presenta arteriopatia obliterante periferica (PAD), generalmente causata da aterosclerosi precoce. La maggior parte delle ulcere del piede sono neuro-ischemiche e i sintomi possono essere assenti nonostante la grave ischemia distale; solo una minoranza delle ulcere del piede sono puramente ischemiche e sono di solito dolenti e provocate da un trauma minore. Gli operatori sanitari coinvolti nella cura del diabete debbono quindi porre in atto una serie di azioni coordinate, efficaci ed efficienti mirate innanzitutto alla prevenzione della complicanza. La prevenzione del piede diabetico, come da linee guida IWGDF 2015, si fonda su:

- Identificazione del piede a rischio

- Ispezione periodica ed esame del piede a rischio
- Educazione dei pazienti, familiari e sanitari
- Uso di calzatura adeguata
- Trattamento delle lesioni pre-ulcerative.

La presenza di neuropatia, vascolopatia, deformità distali, anamnesi di ulcera e/o amputazione permetterà di individuare la categoria di rischio e la relativa frequenza di screening preventivo. In un paziente con diabete è necessario trattare qualsiasi condizione pre-ulcerativa del piede, calli, vesciche, unghie incarnite o ispessite, infezioni micotiche fino a completa risoluzione della patologia.

Il trattamento necessita una organizzazione in cui dovrebbero essere presenti almeno tre livelli di gestione del piede diabetico:

- **Livello 1:** medico di medicina generale, podologo, infermiere.
- **Livello 2:** diabetologo, chirurgo, podologo, infermiere, tecnico ortopedico.
- **Livello 3:** un centro di Livello 2 specializzato nella cura del piede diabetico, con più esperti di diverse discipline che lavorano insieme e che funge da centro di riferimento.

Se non è possibile creare una squadra completa fin dall'inizio, l'obiettivo può essere quello di costruire un team step-by-step introducendo le varie discipline possibili. Questa squadra deve essere prima di tutto un team che agisce con reciproco rispetto e comprensione e che abbia almeno un membro a disposizione per la consultazione o valutazione del paziente in ogni momento.

Un accurato screening per il piede diabetico, che consenta di trattare precocemente le lesioni eventualmente presenti, è in grado di ridurre il rischio di amputazioni maggiori (The 2015 IWGDF Guidance documents; IDF 2017): questo rappresenta un compito ed un obiettivo primario della medicina generale.

► Materiali e metodi

Sulla base di queste premesse è stato utilizzato il format semplice per lo screening delle complicanze relative al piede diabetico (LG 2015 IWGDF) sui pazienti affetti da diabete mellito iscritti nell'elenco del Dottor Stefano Riccardi (1.500 scelte), Mmg della ASL RM 6.

I pazienti venivano invitati dall'Infermiera dell'ambulatorio di medicina generale, Sig.ra Liliana Dulach, a prendere appuntamento per l'esame clinico del piede. L'esame del piede consisteva nella valutazione anamnestica di pregresse ulcere e amputazioni, l'ispezione della cute e di eventuali deformità ossee, la palpazione dei polsi, la valutazione della alterazione delle capacità di protezione e difesa, la percezione della pressione (con il monofilamento di Semmes-Weinstein da 10 g) e della vibrazione (con diapason 128 Hz) come da indicazione "Standard italiani per la cura del diabete mellito 2018, evidenza IA".

Il modello operativo proposto per la Medicina Generale si fonda sui seguenti punti:

- 1) Selezione e reclutamento dei pazienti diabetici all'interno del proprio bacino di assistiti diabetici.
- 2) Rilascio del consenso informato e della liberatoria per l'uso di immagini fotografiche.
- 3) Ispezione ed esame del piede.
- 4) Identificazione del piede a rischio.
- 5) Trattamento della lesione pre-ulcerativa.
- 6) Scelta operativa in base all'esito dell'esame del piede.

► Risultati e discussione

Sono state prenotate 18 visite: 13 pazienti sono regolarmente venuti a studio mentre 5 pazienti non si sono presentati alla visita prenotata (figura 1). I pazienti sono rappresentati da 10 don-

ne ed 8 uomini (figura 2), con età media di 68.6 anni (range 41-84) (figura 3). Da sottolineare che l'anno di comparsa della malattia, indipendentemente dall'anno di nascita, si colloca principalmente dopo l'inizio del nuovo millennio (figura 4).

L'esame del piede mediante format ha fatto rilevare i seguenti parametri:

- 4 pazienti avevano già effettuato esame del piede;
- nessun paziente presentava ulcera a tutto spessore, mentre 10 pazienti avevano fattori di rischio per ulcera;
- la valutazione della neuropatia ha evidenziato la complicanza presente in 3 pazienti attraverso l'uso del monofilamento, in 3 pazienti mediante l'uso del diapason ed in 3 pazienti attraverso il batuffolo di cotone. Un paziente diabetico era paraplegico e di conseguenza non è stato possibile ef-

Figura 1

Partecipazione alla ricerca

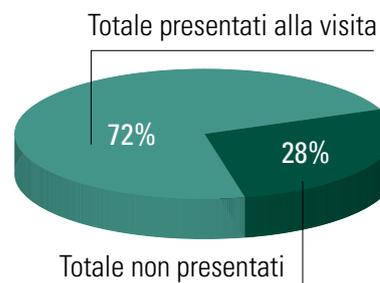


Figura 2

Pazienti suddivisi per sesso

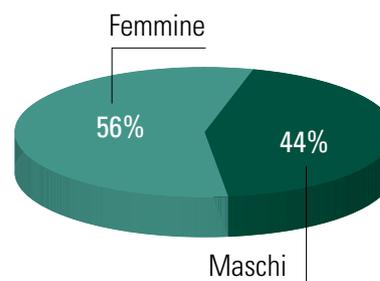


Figura 3

Età dei pazienti (media 68.6)

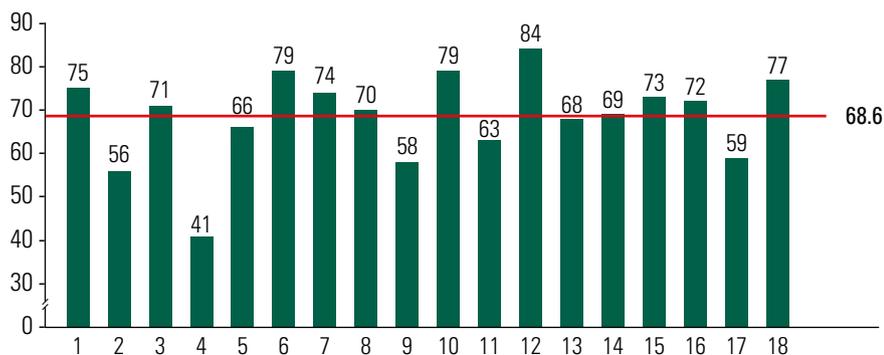


Figura 4

Anno di comparsa di malattia

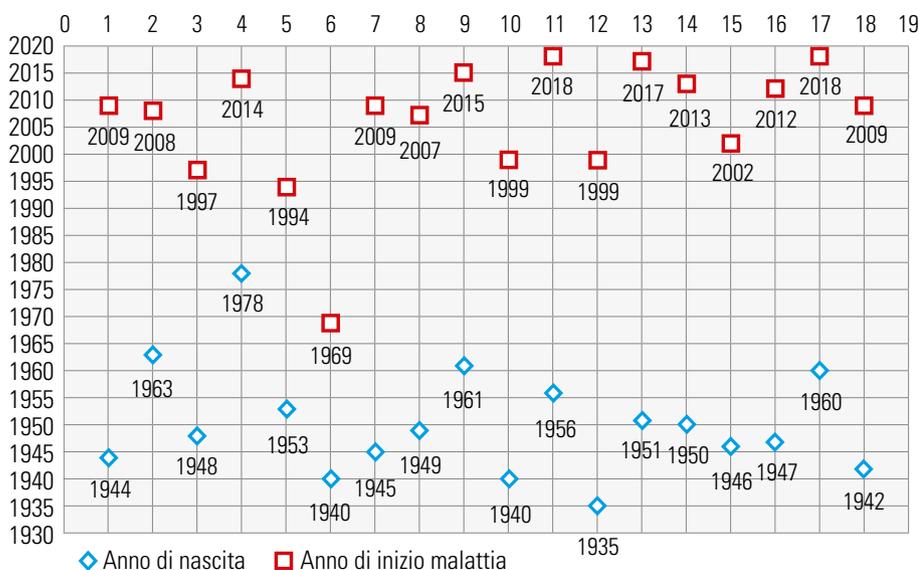


Figura 5 - Esame del piede con rilievo di callosità e dita a martello

Conclusioni

Il Mmg rappresenta una figura primaria per lo screening della complicità piede diabetico: è un compito che necessita idonea formazione, congruo tempo ed una opportuna organizzazione dello studio nell'ambito della normale attività quotidiana. Per questo motivo dovrebbe essere considerato parte integrante della convenzione ed essere opportunamente retribuito. Naturalmente la prevenzione non si esaurisce con l'esame clinico del piede: il Mmg deve essere una figura pro-attiva che dopo aver valutato le lesioni rilevate, richiede gli esami e le consulenze specialistiche per il trattamento più corretto.

fettuare la sopradescritta valutazione;

- l'esame dei polsi periferici ha mostrato assenza di onda sfingica in 5 pazienti;
- l'ispezione del piede ha fatto rilevare deformità e/o prominenze ossee in 6 pazienti e segni di alterata pressione plantare in 7 pazienti; 3 pazienti erano affetti da onicomicosi (figura 5).

Dopo l'esame clinico del piede il paziente è stato inviato dallo specialista

per il trattamento dell'onicomicosi e per il corretto scarico delle zone di pressione. Ai pazienti con iposfigmia dei polsi è stato prescritto un ecocolordoppler, mentre ai pazienti con neuropatia un esame elettromiografico. Non appena si avranno gli esiti di tali esami si passerà al livello superiore di prevenzione e cura del piede diabetico inviando il paziente allo specialista di competenza.

Sembrava mobbing. Quando le demenze arrivano in età lavorativa

Le tre storie cliniche presentate parlano di persone giovani con “demenza impossibile a 50 anni” e sono piuttosto insolite per le dinamiche perverse della diagnosi e per alcuni aspetti clinici che devono farci riflettere, con amarezza, sul fatto che “non tutte le demenze iniziano con un buco di memoria”

Ferdinando Schiavo

Neurologo, Udine - www.ferdinandoschiavo.it

La diagnosi di demenza incontra sin dalle prime espressioni cliniche molti ostacoli nel suo percorso, a cominciare dall'essere “pensata” dalla Persona stessa malata, e poi dai familiari, dalla gente comune e persino, purtroppo, dai medici, compresi a volte gli stessi specialisti. Il nemico reale è un'accoppiata composta da ridotta conoscenza (si veda su www.ferdinandoschiavo.it il Progetto di De-Formazione sulle De-Menze. Contro la zavorra dei luoghi comuni) abbinata nella maggioranza dei casi alla pratica dell'ageismo. L'ageismo è un pericolo concreto in questa nostra società giovanilista: si applica come modalità ipocrita, superficiale, passiva, omissiva e comoda a spese degli anziani sulle ali del “è solo vecchio”, aiutata in questo compito malevolo da nichilismo... “non c'è niente da fare” e infine da fatalismo... “rassegnatevi, accettate lo stato delle cose”.

In questa epoca in cui “nascono più vecchi che bambini” tale atteggiamento rappresenta una forma di pregiudizio duro da combattere che vanifica gli sforzi di chi invece si impegna con scienza, coraggio e umanità, senza indulgere in atteggiamenti di accanimento e senza omissioni, nella sfida giornaliera

del prendersi cura di un anziano.

Il termine ageismo è stato coniato nel 1967 da Robert Butler, direttore del National Institute on Aging di Baltimora (USA) per indicare la discriminazione dell'anziano basata semplicemente sul fattore età. Assieme al sessismo e al razzismo è uno dei 3 “ismi” del nostro tempo, da cui tuttavia differisce perché tutti noi saremo potenzialmente vittime dell'ageismo... se vivremo sufficientemente a lungo!

Ma c'è ancora un altro pericolo nel territorio delle demenze. “Ma sei troppo giovane per avere questi sintomi” ha risposto il medico a Wendy Mitchell a 58 anni! Che dire? Una sorta di “ageismo al contrario”!

L'esperienza di Wendy, e di altre, verrà raccontato in questa rivista in un prossimo numero.

PRIMO CASO

Bruno lo avevo conosciuto negli anni 80 perché era stato ricoverato in neurologia in seguito ad un potente attacco di emicrania con aura, il primo della sua vita di sedicenne. Aveva perso l'uso della parola per almeno un'ora e un po' della forza e della sensibilità al braccio destro. Tutto era cominciato poco

prima con un abbaglio di sole in una giornata che peraltro era inesorabilmente grigia: a destra del suo campo visivo erano sorte delle piccole sfere molto illuminate che si erano andate via via ingrandendo.

La professoressa di italiano si era accorta che qualcosa non stava andando bene, solitamente Bruno era attento alle sue lezioni: ora appariva pallido, svagato e con un'espressione preoccupata.

- Bruno, stai bene? - Mmmh... mmmhhh

Ci fu la corsa all'ospedale e comunque tutto si esaurì in poco tempo, anche il mal di testa che nel frattempo aveva fatto la sua comparsa. C'era solamente la “TAC” all'epoca ed era risultata negativa, pure al controllo del giorno dopo; e così anche la SPECT, eseguita tuttavia solo a distanza di tre giorni. E c'era una storia familiare di emicrania con e senza aura, e questo dato convinse tutti a non procedere con esami invasivi come un'angiografia cerebrale.

Negli anni successivi Bruno era tornato a farsi vedere, sempre accompagnato dal suo attentissimo papà, per qualche altro raro episodio di emicrania con aura per i quali avevamo scelto di non dare una terapia preventiva ma solo buoni consigli da seguire.

Mi sono preso cura professionalmente nel tempo di altri membri della sua famiglia, mentre Bruno diventava architetto e stava sempre meglio, si era sposato, aveva avuto due splendide bambine, aveva trovato lavoro in un comune rivierasco vicino casa che d'estate si affollava di bagnanti. Era diventato l'architetto del verde ed in effetti doveva aver dato un ottimo contributo davvero, perché quel posto era divenuto negli ultimi anni ambito dai turisti anche sotto questo aspetto.

► Sono bastati due semplici test...

Ma nel 2018 Bruno è tornato a farsi vedere perché aveva "problemi di lavoro con i colleghi".

Il suo racconto procedeva sciolto e senza lasciare apparenti miei dubbi (era un mobbing, mi sono detto!). Insomma, era stato estromesso da quel lavoro di programmazione e cura del verde pubblico ed avviato ad un lavoro di ufficio per lui senza senso e senza, soprattutto, possibilità creative.

La moglie non commentava. La sua presenza quel giorno si dimostrò comunque utile, anzi decisiva, quando in risposta alle mie insistenze da sgualcito tenente Colombo disse: "Sì, Bruno, da qualche mese sei disordinato in casa, tu che eri così preciso. Ho trovato un paio di tue scarpe dentro l'armadio dei vestiti...".

È bastato un semplice test breve, anzi due, il "Mini Mental" (MMSE) e il test dell'orologio: ho cominciato proprio con quest'ultimo e ci ha lasciato a bocca aperta, in un'atmosfera di sorpresa mista a dispiacere - e immagino che quello della moglie fosse più che un dispiacere.

Al "Mini Mental" la prova della copia dei due pentagoni era al limite della normalità ma aveva richiesto più tempo del previsto (era pur un

architetto!) e qualche test su altri versanti della nostra complessa cognitività aveva denotato incertezze al limite dell'errore.

Con un uomo di poco più di 50 anni in queste condizioni bisognava andare a fondo, in qualche modo giustificando il comportamento dei suoi colleghi: che ne potevano sapere di prassia costruttiva, di progettualità frontale, di gnosis e di alterazioni visuo-spaziali!

Gli esami umorali ad hoc e la RM dell'encefalo non rivelarono sorprese, ma la valutazione neurocognitiva estensiva ci confermò ampiamente il sospetto clinico di una probabile Atrofia Corticale Posteriore (PCA nell'acronimo anglosassone), una di quelle modalità con cui una patologia dementigena di tipo alzheimeriano (ma anche legata ad altre patologie) può esordire risparmiando, almeno inizialmente, la memoria.

SECONDO CASO

Margherita è un nome adatto ad una insegnante di scuola materna. Due anni fa era venuta da sola (e questo non aiuta, quasi sempre, nel dirimere la matassa in casi complessi), raccontando di colleghe di lavoro incavolate con lei e senza alcun motivo apparente. La raccolta della storia procedeva sui binari del racconto dell'incomprensione reciproca tra colleghe, anche se negli anni precedenti erano andate sempre d'accordo. Anzi, quando tre anni prima Margherita si era separata, erano state molto cortesi e protettive con lei. Che strano mobbing!

Poi Margherita aggiunse: "Forse qualche errore nella stesura dei programmi, maledetta burocrazia!" "Dai, i test brevi glieli faccio" mi sono detto.

Una catastrofe, era peggio di Bruno! E sempre su quel versante pro-

gettuale legato al "capire lo spazio". Come poter parlare con un suo familiare? Unico aggancio che avevo (non è certamente carino dire a una donna di 55 anni "torni accompagnata da un familiare adulto"!): il suo medico. All'inizio della visita mi ero meravigliato che Giocchino avesse consigliato me per una valutazione per problemi di mobbing, sa che non tratto la "piccola psichiatria" convinto che altri professionisti la sappiano gestire responsabilmente e in maniera più consona. Ma aveva visto giusto lui!

► Solito iter e stessa diagnosi

Negli ultimi anni sono stato colpito da altre sorprese del genere. Nel corso della raccolta della storia clinica e di vita di una persona adulta ho visto emergere in itinere qualche mio silenzioso e malevolo pregiudizio ("questo mena il can per l'aia"; "mi sa che si sta inventando tutto"; "non ha mai lavorato in vita sua e pontifica sui suoi colleghi che, a suo dire, non valgono nulla e gli tarpano pure le ali"...), che poi è risultato sconfitto da una realtà di malattia non certo benevola.

TERZO CASO

Un'altra giovane architetta (non sarà che la PCA colpisca più architetti che altre professioni???) cinque anni fa era venuta accompagnata dagli anziani genitori. Si era accomodata in studio lasciandoli in sala d'aspetto. Pensavo che volesse dirmi "l'indicibile" su uno dei due, come avviene molte volte in questa professione di neurologo dei vecchi per una mia scelta che comunico preventivamente a colei (quasi sempre prendono gli appuntamenti le donne!) che sta chiedendo una valutazione per un padre, una madre, un

fratello, una sorella: "Se pensate di dovermi raccontare particolari che possono ferire il vostro congiunto o farlo irrimediabilmente arrabbiare, inviatemi prima della data scelta una mail dettagliata, oppure entrate poco prima di lui/lei oppure, ancora meglio, prendete un appuntamento di mezz'ora e venite da soli qualche giorno prima a parlarne!".

No. Quell'appuntamento era per lei per una vicenda simile a quella di Bruno. Stessi miei pregiudizi ("mobbing!" dichiarava il mio sotterraneo dell'anima), e purtroppo stesso finale di partita.

► **Commento**

Quando una di queste malattie legate al mondo delle demenze, forse della stessa natura per i tre casi raccontati qui, colpisce una persona ancora attiva e ben inserita nel mondo del lavoro, possono sorger-

re incomprensioni con i colleghi prima ancora che con i familiari.

Nei tre casi che ho scelto di raccontarvi, inoltre, era assente la coscienza di malattia, un aspetto per nulla secondario nel campo delle demenze, a volte poco considerato dai colleghi malgrado il suo carico di pericolosità per sé e per gli altri in quanto possa esporre la persona malata a vari rischi tra cui gli incidenti sul lavoro o della strada, a una mancata diagnosi ("sto bene io! Vacca tu dal neurologo"), a truffe, all'assenza di controllo e accudimento da parte dei familiari ("Non ne ho bisogno!"). La mia esperienza è di segno contrario a ciò che è raccontato in "Perdersi" da Lisa Genova (edizioni Piemme) - da cui il bel film "Still Alice" e a quanto è riportato in una recente ricerca australiana che ha sondato il legame tra demenza e mondo del lavoro.

Qui, l'insorgere della malattia è stato

descritto dagli intervistati come una lenta transizione che all'inizio non è stata notata dai colleghi. I cambiamenti prima non erano visibili agli altri e riguardavano principalmente il personale "non ricordarsi qualcosa", l'essere più disorganizzato, compiere più errori nel lavoro e lavorare più lentamente. Gli intervistati hanno raccontato che con il tempo le loro prestazioni sul lavoro continuavano a peggiorare e solo allora anche i colleghi hanno iniziato a rendersi conto che qualcosa non andava (Evans D. An exploration of the impact of younger-onset dementia on employment. *Dementia* 2019; 18: 262-81).

La demenza che colpisce una persona ancora in età lavorativa è un aspetto del mondo delle demenze su cui è necessario riflettere.

- *Tratto dal volume di Ferdinando Schiavo "Malati per forza" Maggioli Ed.*
- *Articolo presente anche in www.perlungavita.it*



► **1** canale generalista
► **12** canali specialistici

La prima webTV per l'informazione e la formazione del medico italiano

- Medicina generale ▪ Cardiologia ▪ Angiologia ▪ Flebologia ▪ Malattie Trombotiche ▪ Gastroenterologia ▪ Epatologia
- Urologia ▪ Andrologia ▪ Nefrologia ▪ Psichiatria ▪ Neurologia ▪ Neuropsichiatria Infantile ▪ Ortopedia ▪ Reumatologia
- Medicina Fisica e Riabilitazione ▪ Oncologia ▪ Ematologia ▪ Cure Palliative ▪ Allergologia ▪ Pneumologia ▪ Otorinolaringoiatria
- Endocrinologia ▪ Diabetologia ▪ Dermatologia ▪ Medicina Estetica ▪ Malattie sessualmente trasmesse ▪ Pediatria
- Neonatologia ▪ Vaccini ▪ Ginecologia e Ostetricia ▪ Patologia della Riproduzione ▪ Genetica ▪ Malattie Rare

Valutazione della variabilità della frequenza cardiaca negli operatori sanitari

Nell'ambito della sorveglianza sanitaria ad un gruppo di operatori sanitari turnisti dell'Ospedale di Mestre sono stati valutati i "sintomi vaghi e aspecifici" e la variabilità della frequenza cardiaca con metodo pletismografico. La prevalenza dei sintomi è risultata estremamente elevata, così come la variabilità della FC. Diagnosticare con anticipo queste condizioni ed intervenire sul piano fisico-motorio e sul riequilibrio energetico consente di apportare modifiche significative agli stili di vita e di monitorarle nel tempo seguendo il biofeedback che il paziente potrà proseguire a domicilio

Andrea Lorusso¹, Dario Boschiero², Paola Teresa Barbierato³, Feltrin Egle¹, Donatella Giacometti¹, Marta Orlando¹

Nell'ambito della promozione della salute prevista dall'art. 25 del DLvo 81/2008 è stata proposta agli operatori sanitari turnisti degli ospedali di Mestre e di Venezia la valutazione della variabilità della frequenza cardiaca con metodo pletismografico.

È noto come il lavoro notturno possa portare a una desincronizzazione dei ritmi biologici con interferenza sul sistema nervoso autonomo, ipertensione e aumento della frequenza cardiaca. La variabilità di tale frequenza definita dall'acronimo HRV (*Heart Rate Variability*) ci consente di ricavare molte informazioni riguardanti il rischio cardiovascolare e in generale il bilanciamento dell'attività fra il sistema nervoso simpatico e parasimpatico. Gli standard di misurazione, l'interpretazione fisiologica e l'uso clinico della variabilità della frequenza cardiaca più utilizzati sono stati descritti e pubblicati dalla Task Force of the European Society

of Cardiology, the North American Society of Pacing Electrophysiology.

► Materiali e metodi

36 operatori sanitari (11 maschi e 25 femmine) hanno effettuato la compilazione del questionario sui sintomi vaghi e aspecifici (*MUS Medical unexplained symptoms*) (figura 1) e la successiva misurazione della variabilità della frequenza cardiaca (HRV) mediante pletismografo PPG Stress Flow® (Biotekna, Marcon, Italy) in occasione della sorveglianza sanitaria dei lavoratori.

Questo parametro è agevolmente misurato mediante due sensori fotopletismografici applicati a ciascun dito indice delle mani. Il sensore rileva le variazioni cicliche del tono pressorio nei capillari delle dita che rappresentano fedelmente il battito cardiaco. Dopo essere stati digitalizzati, i dati sono analizzati da un software (Biotekna Plus- Biotekna, Marcon, Italy) che provvede a calcolare la distanza esatta fra un battito cardiaco e l'altro (distanza R-R espressa in millisecondi). Il tracciato (tacogramma) è raccolto normalmente nell'arco di 5 minuti

(circa 300 battiti cardiaci) in condizioni di riposo con il soggetto seduto di fronte allo strumento.

Al termine, in base ai dati del test (PPG Stress Flow), è scelto un esercizio di bio feedback della durata di 5 minuti utilizzando alcune tecniche di respirazione che solitamente consistono nell'inspirare per 5 secondi, trattenere il respiro per 2 secondi ed espirare per 5 secondi. Il numero degli atti respiratori è regolato automaticamente in base alla frequenza cardiaca variando normalmente da 4 a 7 al minuto. La scelta del tipo di biofeedback dipende dal valore del quoziente respiratorio del soggetto calcolato dal programma.

Gli altri parametri che abbiamo considerato sono:

- SDNN: quale indice clinico dell'HRV calcolato come deviazione standard degli intervalli interbattito N to N;
- RMSSD: espressione della modulazione vagale. È calcolato come la radice quadrata delle differenze tra intervalli NN consecutivi e di queste la deviazione standard (qui chiamata *root mean square RMS*).

Bassi valori di SDNN e RMSSD si associano ad aumentato rischio

¹ Servizio di Medicina Preventiva dei Lavoratori ULSS 3 Serenissima - Regione Veneto
² Direttore Ricerca e Sviluppo di Biotekna Biomedical Technologies
³ Medico del Lavoro - Venezia

Figura 1

Questionario sui sintomi vaghi e aspecifici®

Soffre da tempo di: Data /..... /.....

Stanchezza ed affaticamento persistenti? min max
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Insonnia persistente e risvegli notturni? min max
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Alterazioni del battito cardiaco a riposo (aritmie o tachicardia)? min max
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Attacchi di fame notturna? min max
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Acidità, senso di eccessiva pienezza, gonfiore dopo i pasti? min max
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Colon irritabile? min max
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Alterazioni del tono dell'umore? min max
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mani e piedi freddi? min max
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Alterazione della sudorazione durante il sonno? min max
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Assenza di sintomi vaghi e aspecifici

► Risultati

Il gruppo di lavoratori coinvolti nel programma di valutazione dell'HRV erano caratterizzati da un'età media di 51.73 anni per i maschi (±8.6) e 48.36 per le femmine(±10.26). La *tabella 1* evidenzia una distribuzione delle professioni non uniforme con una maggior prevalenza del personale medico tra i maschi e delle infermiere tra le femmine.

Il 91,7% dei soggetti che hanno risposto al questionario dei MUS® (Biotekna Biomedical Technologies) propedeutico al test ha dichiarato di aver sofferto di almeno uno dei 9 sintomi nell'ultimo mese.

Si è scelto di restringere l'elaborazione dei dati ai sintomi vaghi e aspecifici che hanno un maggior peso nel mantenimento di stati di infiammazione cronica e che abbiamo ridenominato per semplicità MUS1 e MUS 2. In *tabella 2* si può vedere come la prevalenza di detti sintomi appare elevata all'interno della popolazione di lavoratori reclutati nell'ambito della sorveglianza sanitaria prevista dalla legge. Nella *tabella 3* sono riportate le percentuali di operatori sanitari che presentavano un livello normale o alterato del parametro considerato suddivisi per sesso. La scarsa variabilità della frequenza cardiaca (SDNN) e del riflesso inibitorio vagale (RMSSD) è maggiore nelle femmine rispetto ai

cardiovascolare.

- Onde di THM (Traube Hering Mayer) o variazioni ritmiche nella pressione indicativa di performance psicofisica e motoria.
- VLF (*very low frequency*) componenti del sistema nervoso simpatico

che rappresentano una sorta di "rumore di fondo" a livello della corteccia prefrontale. Sono l'espressione di una comunicazione non ottimale tra amigdala e corteccia prefrontale quale effetto di una attivazione persistente della stessa.

Tabella 1

Distribuzione delle professioni nel gruppo di lavoratori

Professione	Maschio	Femmina	Totale
Medico	6 (54,5%)	4 (16%)	10 (27,8%)
Infermiere	1 (9,1%)	16 (64%)	17 (47,2%)
Oss	0 (0%)	3 (12%)	3 (8,3%)
Impiegato	3 (27,3%)	2 (8%)	5 (13,9%)
Tecnico	1 (9,1%)	0 (0%)	1 (2,8%)
Totale	11 (30,6)	25 (69,4%)	36 (100%)

Tabella 2

Frequenza dei sintomi vaghi e aspecifici

	Frequenza	%
MUS 1		
Stanchezza persistente, insonnia e risvegli notturni, disturbi del tono dell'umore	29	82,9
MUS 2		
Alterazioni della frequenza cardiaca a riposo, acidità di stomaco, senso di eccessiva pienezza	28	80

Tabella 3

Parametri considerati: risultati per sesso (%)

Parametri considerati	Maschi (%)		Femmine (%)	
	Normale	Alterato	Normale	Alterato
SDNN variabilità della frequenza cardiaca	54.5	45,5	20	80
RMSSD attività antinfiammatoria vagale	63	36	40	60
Onda di THM	27,3	72,7	44	56
VLF Attivazione della corteccia prefrontale	54,5	45,5	44	56

Tabella 4

Influenza dei MUS 1 e MUS 2 sui parametri valutati

	VLF attivata		SDNN bassa		RMSSD bassa	
	MUS 1*	MUS 2**	MUS 1	MUS 2	MUS 1	MUS 2
Maschi						
Assenza	2 (33,3%)	3 (33,3%)	1 (20%)	2 (40%)	2 (50%)	1 (25%)
Presenza	4 (66,7%)	4 (66,7%)	4 (80%)	3 (60%)	2 (50%)	3 (75%)
Femmine						
Assenza	2 (20%)	2 (20%)	2 (10%)	1 (5%)	0 (0%)	1 (6,7%)
Presenza	8 (80%)	8 (80%)	18 (90%)	19 (95%)	15 (100%)	14 (93,3%)

Tabella 5

Miglioramento dei parametri dopo bio feedback

Variabili considerate	Valutazioni dopo bio feedback (5' - 2' - 5')	
	Ridotta o invariata (%)	Migliorata (%)
SDNN variabilità della frequenza cardiaca	14.3	85.7
RMSSD attività antinfiammatoria vagale	22.2	77.3
Onda di THM	19.4	80.6

Tabella 6

Sintomi dopo bio feedback

	Incremento % dopo bio feedback (5' - 2' - 5')		
	SDNN	RMSSD	THM
Stanchezza persistente e MUS 2	80	76	80
Insomnia persistente e MUS 2	81.8	72.7	77.3
Disturbi dell'umore e MUS 2	99	87.5	87.5
Aritmie e MUS 1	76.5	70.6	70.6
Alt. gastroenterologiche e MUS 1	84	74	75

maschi mentre andamento opposto si osserva per l'onda di Mayer (THM). Abbiamo calcolato l'influenza dei MUS 1 e MUS 2 nei confronti di VLF, SDNN e RMSSD, suddivisi nei 2 sessi (tabella 4). Per quanto riguarda le VLF nei maschi possiamo osservare che l'attivazione persistente della corteccia prefrontale risulta correlata ad un aumento contestuale dei MUS 1 e MUS 2 del 50%. La riduzione della SDNN si associa nell'80% dei casi ai sintomi tipici dell'attivazione dello *stress system* (MUS1). Un valore di RMSSD inferiore a 30 msec è legato nel 75% dei casi ai disturbi dovuti ad un minor effetto inibitorio del nervo vago (MUS2).

Questo trend è confermato anche per il sesso femminile con valori percentuali più elevati.

Nella tabella 5 si evidenzia il netto miglioramento dei 3 parametri (SDNN, RMSSD e THM) dopo biofeedback con la tecnica di respirazione 5-2-5.

Nella tabella 6 viene riportato l'effetto dei sintomi vaghi e aspecifici prevalenti (MUS1 e MUS2) sulla variabilità della frequenza cardiaca, del riflesso inibitorio vagale e dell'onda di Mayer dopo biofeedback respiratorio. Il maggior incremento della variabilità della frequenza cardiaca (99%) si rileva nei soggetti in cui è comunque presente un disturbo dell'umore associato agli altri MUS mentre minore è l'effetto del biofeedback sull'incremento del riflesso inibitorio vagale nelle aritmie.

Infine in tabella 7 vengono riportate le medie dei valori di RMSSD e SDNN prima e dopo il biofeedback respiratorio suddiviso tra maschi e femmine. Il maggior incremento si registra a carico della variabilità della frequenza cardiaca sia nei maschi che nelle femmine rispettivamente del 95,11% e del 81,91%, mentre nei maschi il riflesso vagale pare non risentita positivamente della modalità di respirazione proposta per default dal sistema (5-2-5).

Tabella 7

Medie dei valori prima e dopo biofeedback respiratorio

	N	Minimo	Massimo	Media	Deviazione standard
Maschi					
RMSSD basale	11	10	222	68,36	68,423
SDNN basale	11	18	161	72,18	45,431
RMSSD1 dopo biof.	9	27	194	62,56	52,297
SDNN1 dopo biof.	9	61	148	95,11	31,644
	9				
Femmine					
RMSSD basale	25	10	72	29,80	16,034
SDNN basale	25	13	90	39,84	16,727
RMSSD1 dopo biof.	22	10	124	44,59	29,188
SDNN1 dopo biof.	22	30	137	81,91	33,241
	22				

► **Discussione**

Prima di introdurre la valutazione pletismografica del sistema nervoso autonomo (SNA) nel protocollo di sorveglianza sanitaria come accertamento facoltativo rivolto agli operatori sanitari che effettuano il turno notturno, abbiamo proposto tale accertamento ad un campione di lavoratori che per diversi motivi si era recato presso il nostro servizio consegnando loro una nota di presentazione del test. Questo ha determinato un'inevitabile bias di selezione con la conseguente non uniforme distribuzione delle professioni sanitarie all'interno del campione con una prevalenza dei maschi tra il personale medico (54%) e delle femmine tra il personale infermieristico (64%). La percentuale di soggetti con sintomi vaghi ed aspecifici, nonostante la selezione possa aver maggiormente coinvolto i sintomatici, risulta comunque elevata sia se consideriamo la presenza di almeno un sintomo vago ed aspecifico (91,7%) sia che consideriamo le aggregazioni riconducibili ad un gap energetico

per l'attivazione persistente dell'asse HPA (82,9%) e la riduzione del riflesso inibitorio vagale per processi infiammatori cronici (80%).

La maggior prevalenza del sesso femminile per bassa variabilità della frequenza cardiaca e del riflesso inibitorio vagale è in linea con i dati riportati in letteratura mentre l'elevata assenza dell'onda di Mayer nei maschi (72,7%) potrebbe essere causata dall'età media superiore unitamente ad una maggiore attivazione dello *stress system* per motivi professionali trattandosi per il 54% di medici. L'influenza dei 2 gruppi di MUS su SDNN, RMSSD e THM ha evidenziato un maggior peso della stanchezza persistente, dell'insonnia e delle alterazioni dell'umore nel condizionare il miglioramento di questi parametri dopo biofeedback respiratorio. Si è scelto per default di adottare la tecnica 5-2-5 anche se lo strumento mette a disposizione altre modalità che potrebbero essere utilizzate in seconda battuta in considerazione del quoziente respiratorio (QR) calcolato dal software (Biotekna Plus- Biotekna, Marcon, Italy).

► **Conclusioni**

La sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischio professionale prevede protocolli di accertamenti integrativi alla visita medica per la formulazione del giudizio di idoneità ai sensi dell'art. 41 del DLvo n. 81/2008.

In una ottica di prevenzione personalizzata risulta centrale il valore predittivo di tali accertamenti per garantire agli operatori una permanenza sana nell'ambiente di lavoro, al netto della prevenzione primaria, ed una longevità di successo. Abbiamo ritenuto di proporre la valutazione pletismografia con *PPG Stress Flow*[®] di alcuni parametri correlati alla variabilità della frequenza cardiaca il cui basso valore si associa ad una maggiore presenza di sintomi vaghi ed aspecifici (MUS) suggestivi di un'infiammazione di basso grado sostenuta da un'attivazione persistente dello *stress system*. L'aumento di noradrenalina circolante, l'eccessiva attivazione del sistema nervoso simpatico, predispongono ad aumento della frequenza cardiaca, inibizione della secrezione di insulina, alterazione della termoregolazione e attivazione dell'amigdala sede degli stati d'ansia e paura.

Le conseguenze nel tempo sono rappresentate dalla cronicizzazione dei MUS con la comparsa di alterazioni del tono dell'umore, insonnia, stanchezza cronica ed una minore capacità di risposta alle modificazioni dell'ambiente esterno.

Diagnosticare con anticipo queste condizioni ed intervenire sul piano fisico-motorio e sul riequilibrio energetico ci consente di apportare modifiche significative agli stili di vita e di monitorarle nel tempo seguendo il biofeedback che il paziente potrà proseguire a domicilio dopo averlo appreso in occasione del test.

Bibliografia disponibile a richiesta

Vitamina D: lettura ragionata della nota 96

La Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia ha evidenziato gli aspetti positivi e alcune criticità della nota Aifa 96: sarà necessario attendere per poterne valutare il reale impatto sulla pratica clinica

Ogni anno in Italia si registrano oltre 230.000 fratture da fragilità molte delle quali provocano disabilità, perdita di autonomia e un aumento del rischio di mortalità. Per questo motivo, ed in generale in considerazione dell'impatto che l'ipovitaminosi ha nel complesso quadro clinico delle malattie dell'osso la S.I.O.T (Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia), di cui si è appena concluso il 104° Congresso Nazionale a Roma, ha realizzato una lettura ragionata ed analitica della nota 96 Aifa, mettendone in evidenza alcuni aspetti positivi e le diverse aree grigie per cui sarà necessario attendere del tempo per poterne valutare il reale impatto sulla pratica clinica.

“La Nota 96 - spiega il Prof. **Umberto Tarantino**, Coordinatore della Commissione Osteoporosi della S.I.O.T e Direttore Unità Operativa Complessa di Ortopedia e Traumatologia Fondazione Policlinico Tor Vergata - provvederà a regolamentare la prescrizione nella popolazione adulta (età >18 anni) di colecalciferolo, colecalciferolo/sali di calcio, calcifediolo con il chiaro obiettivo di contenere la spesa a carico del Servizio sanitario nazionale. Questa posizione, comprensibile, deve essere letta, a nostro parere, non come un attacco alla terapia di supplementazione con Vitamina D, di cui infatti viene ribadita e precisata l'utilità e l'efficacia, ma come un tentativo di razionalizzarne l'uso da parte dei medici.”

► Categorie di pazienti

In sintesi, secondo S.I.O.T, che ha inteso prendere posizione anche a se-

guito delle ultime recenti polemiche, la nota 96, con l'istituzione dei nuovi criteri di prescrizione della Vitamina D delinea, in pratica, tre categorie di pazienti distinte dalla necessità o meno di provvedere ad un preliminare esame della determinazione del livello di vitamina D prima di accedere al trattamento rimborsato da parte del Servizio sanitario nazionale (SSN).

“Per quanto riguarda la prima categoria di pazienti che vede l'identificazione di coorti di popolazioni - continua il Prof. Tarantino - che riguardano persone anziane istituzionalizzate, donne in gravidanza o in allattamento e in generale le persone affette da osteoporosi e patologie ossee non candidate a terapia remineralizzante, il riconoscimento di un automatismo della supplementazione di vitamina D è in pratica una conferma doverosa della sua efficacia ed un ottimo segnale. Queste persone sono tutte ad altissimo rischio di patologie da ipovitaminosi D ed il razionale scientifico che suggerisce la loro inclusione è robusto e stratificato nella letteratura scientifica. Per fare un esempio riferito anche solo alle prime due popolazioni, è noto che gli anziani istituzionalizzati hanno un problema molto severo di malattia ossea e che le donne in gravidanza o in allattamento possono avere problemi personali o addirittura trasmettere problemi al feto in seguito a frequenti fenomeni di ipovitaminosi D.”

Esiste poi una seconda “sottocategoria” di pazienti specificati nell'allegato della nota 96 (affetti da: insufficienza renale (eGFR<30 mmol/L), urolitiasi, ipercalcemia, sarcoidosi, neoplasie metastatiche, linfomi) per cui viene ga-

rantita la supplementazione rimborsata della Vitamina D, indipendentemente dalla valutazione del suo livello, ma la cui gestione della terapia viene demandata alla valutazione dello specialista.

La terza ed ultima categoria si propone di chiarire le popolazioni che possono accedere alla terapia rimborsata, previa valutazione del livello di Vitamina D, ne definisce il valore di 25-OHD <20 ng/mL come soglia minima per accedere al trattamento e suggerisce gli schemi terapeutici da adottare.

“La soglia 25-OHD <20 ng/mL è un indicatore di sicura ipovitaminosi D - chiarisce **Giovanni Iolascon**, Professore di Medicina Fisica e Riabilitazione presso la Seconda Università di Napoli e membro della Commissione Osteoporosi S.I.O.T. Quindi, dal nostro punto di vista è più che corretto che tutte le persone che hanno tali bassi valori di dosaggio ematico possano avere accesso alla terapia rimborsata. Va invece sottolineato come nel tentativo di rendere più appropriata e adeguata la prescrizione di vitamina D, la subordinazione dell'accesso alla terapia alla determinazione dei livelli sierici potrebbe potenzialmente, nel medio-lungo periodo, aprire il fronte di un incremento della spesa del Ssn per gli esami di laboratorio necessari ad effettuare dosaggio della vitamina D. Per questo motivo riteniamo che sarà molto importante poter valutare nel tempo quale sarà il reale impatto clinico ed economico della nota 96 anche in considerazione delle precedenti indicazioni fornite dalla nota 79 che prevedono in pratica l'automatica associazione delle terapie per osteoporosi con supplementazione con vitamina D.



NUTRIENTI e SUPPLEMENTI

INFORMAZIONE QUALIFICATA DA FONTI QUALIFICATE



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



INTEGRAZIONE ALIMENTARE NELLA VITA DELLA DONNA



NASCE "ITALIAN INSTITUTE FOR PLANETARY HEALTH-IIPH"



INTEGRATORI A BASE DI ERBE, LA FOTOGRAFIA ITALIANA



BENEFICI DEGLI OMEGA-3 NEGLI SPORTIVI



FIBRE E YOGURT PROTEGGONO DAL TUMORE DEL POLMONE

Integrazione alimentare nella vita della donna

Una review scientifica fa il punto sulle diverse sostanze che possono essere utili nelle fasi di cambiamento fisiologico

■ Integrazione alimentare nelle varie fasi della vita di una donna è uno dei capitoli centrali della "Review scientifica sull'integrazione alimentare: evidenze dalla ricerca scientifica e nuove frontiere di sviluppo" pubblicato da Integratori Italia, tesa a fare il punto sui dati che la ricerca ha prodotto in questi ultimi anni.

"Nel corso della vita" - si legge - "la donna affronta diverse fasi di cambiamento fisiologico particolarmente delicate, in cui è necessario prestare particolare attenzione a soddisfare le necessità nutrizionali per mantenere una condizione di benessere generale.

I principali cambiamenti sono rappresentati dalla comparsa del menarca, dal progressivo sviluppo osseo e muscolare durante l'adolescenza, da gravidanza e allattamento, precedute spesso da una fase di controllo della fertilità mediante l'utilizzo di contraccettivi orali, e infine, dalla delicata fase della menopausa, in cui il decremento degli estrogeni causa l'alterazione della funzione di molti sistemi

della donna, in primis termoregolazione, stabilità vasomotoria e ritmo sonno-veglia".

Quali sostanze

Così **Vincenzo De Leo**, direttore della Scuola di specializzazione in Ginecologia e Ostetricia dell'Università degli studi di Siena: "Tra le sostanze di maggiore efficacia per il trattamento della dismenorrea, disturbo ginecologico che interessa circa il 60% delle donne, ci sono le vitamine B1 e E, gli acidi grassi omega-3 e, tra gli integratori a base di erbe, la cannella e il finocchio.

Per la menopausa, negli ultimi anni si sono affermati come terapie i fitoestrogeni, prodotti nutraceutici che, oltre a rappresentare una buona alternativa alla terapia ormonale sostitutiva, si sono dimostrati in grado di esercitare una spiccata attività antiossidante e antinfiammatoria. Un recente studio randomizzato giapponese ha dimostrato che gli isoflavoni hanno anche un effetto sui sintomi psicologici della menopausa".



Rischio di squilibri nutrizionali

Non solo: le diete a basso apporto calorico e quelle dimagranti, i disordini alimentari e la scelta di regimi vegetariani rendono la popolazione femminile ancora più a rischio di squilibri nutrizionali. La gravidanza e l'allattamento, inoltre, necessitano spesso di supporto nutrizionale per mantenere la salute della madre e del nascituro.

“Gli studi sugli apporti nutrizionali evidenziano, nelle donne, la carenza cronica di alcuni elementi come ferro, acido folico, calcio, magnesio e di molte vitamine, sia durante il periodo adolescenziale sia in età adulta: elementi che possono essere integrati attraverso la supplementazione”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Vincenzo De Leo

Nasce “Italian institute for planetary health-liph”

Cibo che cura: a Milano un Centro studi di eccellenza mondiale, per la salute dell'uomo e del pianeta

■ “Oggi si muore più di cattiva alimentazione che di droga, fumo, alcol e rapporti sessuali a rischio messi insieme. Siamo in 7 miliardi qui sulla Terra, compresi i 3 miliardi che non si nutrono adeguatamente e produrre cibo per così tante persone aumenta la temperatura globale, compromette la biodiversità, inquina e consuma suolo e acqua più di quanto la terra e i mari possano sopportare”.

Da queste premesse nasce l'Italian institute for planetary health-liph, un nuovo soggetto scientifico frutto dell'unione tra l'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri e l'Università Cattolica del Sacro Cuore con la partecipazione di Vihtali, spin off dell'Ateneo.

L'Istituto si occuperà di ricerca su alimentazione e benessere con l'obiettivo di identificare i nutrienti con maggiore impatto sulla longevità e sulla salute della popolazione e dei singoli individui.

A presiederlo, **Carlo Salvatori**, presidente di Lazard Italia e Aviva Italia. Vice-presidenti: **Giuseppe Remuzzi**, direttore del Mario Negri e **Walter Ricciardi**, ordinario di Igiene generale e applicata all'Università Cattolica.

“Il 50% dei casi di morte o di disabilità nel mondo dipende da un'alimentazione con troppo sale, poca verdura e poca frutta e il 30% dei tumori potrebbe essere prevenuto con dieta e stili di vita sani” sottolinea Remuzzi. “Si sa però, per esempio, che i pomodori San

Marzano inibiscono l'angiogenesi dei tumori e il resveratrolo contenuto nel vino rosso fa bene al cuore, salvo che a un 30% della popolazione che ha la variante di un gene che annulla questa proprietà”.

Progetti in essere

► **Invecchiamento in salute.** I primi progetti vedono i ricercatori impegnati nello studio dei fattori che incidono sull'invecchiamento in salute della popolazione partendo dalla mappatura dell'Italia. Le analisi si focalizzeranno sulle differenze dei determinanti dal punto di vista, genetico, biologico, molecolare, epidemiologico e ambientale. Questa analisi verrà ampliata a livello internazionale, in particolare in Giappone, Paese che vanta un'elevata longevità come l'Italia, ma che presenta abitudini alimentari molto diverse.

► **Modelli alimentari.** Nella rosa delle iniziative, la ricerca di modelli alimentari, anche personalizzati, con l'impiego delle migliori tecnologie a disposizione (genomica, big data, intelligenza artificiale) per stabilire il rapporto tra diversi componenti alimentari nell'influenzare la salute dell'uomo; lo sviluppo di modelli di predizione e valutazione dell'impatto di sistemi alimentari sostenibili sul cambiamento climatico, sulla preservazione dell'ambiente e sulla biodiversità in attività di ricerca sulle tradizioni e abitudini alimentari su scala globale.

Promozione di un'alimentazione sana e sostenibile

“Diversi aspetti contribuiscono a rendere l'Italia un laboratorio ideale per sviluppare un progetto che dovrà avere un impatto globale”, prosegue Remuzzi. “Milano è stata sede dell'Expo, la manifestazione universale sul tema “Nutrire il pianeta, energia per la vita”. Siamo il Paese più longevo in Europa, grazie alla presenza di un Servizio sanitario che rende accessibile il diritto alla salute a tutti gli italiani, senza discriminazioni di reddito, di genere o di età. E non dimentichiamo che l'Italia ha una tradizione alimentare nella dieta mediterranea che contribuisce a una sensibile riduzione di diverse malattie come quelle cardiovascolari e i tumori”.

Aggiunge Walter Ricciardi: “L'Istituto si avvarrà delle competenze presenti all'interno dell'Università Cattolica e del Mario Negri, ma intende aprirsi a collaborazioni nazionali e internazionali per promuovere un'alimentazione sana e sostenibile e per approfondire le correlazioni tra cambiamento climatico e salute, anche al fine

di prevenire o mitigare gli effetti del riscaldamento globale e favorire un'agricoltura all'altezza delle sfide demografiche ed epidemiologiche del Pianeta”.



Integratori a base di erbe, la fotografia italiana

I “botanicals” entrano sempre di più a far parte delle abitudini dietetiche quotidiane degli italiani

■ Un italiano su cinque fa abitualmente uso dei cosiddetti *botanicals*, che sempre più entrano a far parte delle abitudini dietetiche quotidiane. L'argomento è stato al centro della presentazione della nuova “Review scientifica sull'integrazione alimentare: evidenze dalla ricerca scientifica e nuove frontiere di sviluppo”, che Integratori Italia di Unione Italiana Food, ha promosso a Milano. “L'indagine condotta in sei Paesi europei (Italia, Finlandia, Germania, Romania, Spagna e Regno Unito), ci dice che nel nostro Paese le tre ragioni d'uso principali sono per disturbi gastrointestinali, per favorire un'attività tonica-energetica e per effetti rilassanti” - afferma **Patrizia Restani**, docente di Chimica degli alimenti, all'Università degli studi di Milano.

Nella classifica delle piante più utilizzate spiccano, al primo posto, l'aloe, seguita da finocchio, valeriana e ginseng. Curiosità: nella top ten italiana figura il carciofo, assente, invece, in quella europea.

Eventi avversi contenuti

Tra le criticità segnalate, al primo posto l'interazione con i farmaci. “Classico è il caso del succo di pompelmo che non va associato a certi farmaci in quanto ne modifica il

metabolismo, ma anche l'interazione riso rosso/statine, liquirizia/farmaci antipertensivi piuttosto che valeriana/farmaci sedativi” sottolinea Restani. “Valutando complessivamente i dati da diverse fonti, compresa l'indagine PlantLibra, il numero di eventi avversi derivanti dall'uso di *botanicals* è piuttosto contenuto, ma la gravità può variare da sintomi di bassa/moderata gravità a situazioni, benché rare, decisamente più drammatiche”.

Oltre che nella parte riguardante i *botanicals*, la nuova review è stata aggiornata mettendo in evidenza l'importanza della connessione tra caratteristiche individuali e alimentazione per poi presentare le nuove frontiere di ricerca sull'utilizzo dei probiotici e passare in rassegna i benefici della supplementazione in tutte le fasi della vita della donna, nonché, più in generale, sul fronte CV e neurocognitivo. A questi temi, si aggiungono l'integrazione alimentare in età pediatrica, con un focus sul tema dei giovani che praticano attività sportiva, e un capitolo dedicato alla “rivoluzione” del microbioma.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Patrizia Restani

Benefici degli omega-3 negli sportivi

Svolgono molteplici funzioni nell'organismo e possono rivelarsi utili in allenamento, in gara e nel recupero post-sforzo

■ Il ruolo degli omega-3 in ambito sportivo è stato oggetto della opening lecture alla 2nd Issn sport nutrition conference/4° Congresso Sinseb (Società italiana nutrizione sport e benessere) di Roma (29/11-1/12 2019).

“Gli omega 3 hanno molteplici funzioni a livello vascolare, infiammatorio, e a livello del SNC e periferico - spiega **Fabrizio Angelini**, presidente Sinseb. Sono modulatori del tono dell'umore, possono contribuire al miglioramento della sensibilità insulinica, favorire la rigenerazione tissutale e, agendo sulla secrezione del cortisolo, possono essere dei modulatori della composizione corporea favorendo il miglioramento della massa muscolare. Queste azioni sono importanti nello sport in quanto vanno sia a favorire il contrasto dei fenomeni infiammatori legati a un'attività svolta ad alta intensità e per prolungati periodi di tempo, sia a migliorare la trasmissione neuromuscola-

re, il gesto atletico e la composizione corporea dell'atleta. Ma quali possono essere i risultati sulla performance? “Su questo aspetto voglio esser chiaro: basta pensare che un integratore ti faccia migliorare la prestazione! Questa è la strada che apre la cultura del doping. Noi, come medici abbiamo il dovere di tutelare la salute anche dei nostri sportivi e metterli nelle migliori condizioni per esprimere il patrimonio genetico che i genitori hanno donato loro. Campioni si nasce. In questo contesto va inquadrato il ricorso a un'integrazione con omega-3.

Formulazioni, dosaggi, schemi di somministrazione

È raccomandabile un'integrazione con un dosaggio non inferiore ai 2-3 g/die, preferibilmente durante i pasti. Ci sono poi situazioni come il recupero dall'infortunio o particolari casi dove si può anche aumentare il dosaggio”.

Fibre e yogurt proteggono dal tumore del polmone

I benefici sono insiti nelle loro proprietà prebiotiche e probiotiche che modulano il microbiota

■ Una dieta ricca in fibre e yogurt protegge dal cancro al polmone. A segnalarlo è la pubblicazione su *Jama Oncology* di una analisi aggregata di studi per campione di circa 1,5 milioni di persone (Yang JJ et al. Association of dietary fiber and yogurt consumption with lung cancer risk. *JAMA Oncol*; online October 24, 2019). Il team si è concentrato su due alimenti: un prebiotico, come le fibre e un probiotico come lo yogurt, partendo da considerazioni suggerite da studi su correlazione tra maggior consumo e rischio ridotto di malattie metaboliche e CV, tumori gastrointestinali e morte prematura e dalle evidenze crescenti sul ruolo giocato dai batteri intestinali nell'infiammazione polmonare, in particolare grazie all'azione di metaboliti, come gli acidi grassi a catena corta.

La durata media del follow-up è stata di 8,6 anni, periodo durante il quale sono stati documentati 18.822 casi di carcinoma polmonare. L'assunzione di fibre e yogurt si è rivelata inversamente associata alla comparsa di malattia. Nello specifico, il gruppo a maggior consumo di fibre aveva un rischio inferiore del 17% rispetto a quello con il consumo più basso e, allo stesso modo, forti consumatori di yogurt avevano un rischio inferiore del 19% rispetto a chi non ne faceva uso. Anche un consumo modesto di yogurt offriva protezione, riducendo il rischio del 15%. Altri aspetti interessanti: gli effetti erano maggiori tra i non fumatori, in chi consumava alcol e ancor più nei forti bevitori. Infine, l'azione si è rivelata sinergica: grandi consumatori sia di yogurt sia di fibre avevano un rischio ridotto del 33%.

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

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

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