

M.D.

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

Anno XXIX, numero 7 - 2022

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

IN QUESTO NUMERO

RIFLETTORI 6

**Cosa non va nel DM77:
la parola al Forum
del Terzo Settore**

RICERCA 11

**La percezione dei problemi
di salute nel setting
delle cure primarie**

CLINICA 30

**Fibrosi polmonare.
Fisiopatologia clinica ed
attuali strategie di trattamento**

TESTIMONIANZE 35

**Medico e fisioterapista:
una collaborazione
inter-professionale**



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



Silvio Garattini

*Fondatore e Presidente dell'Istituto di ricerche farmacologiche
Mario Negri Irccs*

**La riforma della medicina territoriale
è necessaria, ma non si improvvisa**

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXIX numero 7 ottobre 2022

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

Direttore Editoriale

Dario Passoni

Direttore Responsabile

Nicola Miglino

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Pubblicità

Teresa Premoli
Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia



RCP Ciproxin

In questo numero

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
La riforma della medicina territoriale è necessaria, ma non si improvvisa 5
- **Riflettori**
Cosa non va nel DM77: la parola al Forum del Terzo Settore 6
- **Contrappunto**
Il metaverso della Medicina Generale 8
- **Ricerca**
La percezione dei problemi di salute nel setting delle cure primarie 11
- **Italia sanità**
La medicina territoriale soddisfa solo un italiano su quattro 14
- **Osservatorio**
Il Servizio Sanitario Nazionale ha bisogno di equità e di qualità 15
- **Note stonate**
Le difficoltà di accesso agli studi dei Mmg secondo gli assistiti 16
- **Lettere**
Una bussola per leggere uno studio clinico 18
- **Pari opportunità**
Il gender pay gap pesa anche in sanità 19

AGGIORNAMENTI

- **Andrologia**
Linee guida Oms per la diagnosi di infertilità maschile 24
- **Chirurgia**
Autotrapianto di isole pancreatiche in seguito a pancreasectomia 25
- **Diabetologia**
Antidiabetici a confronto: risultati dello studio GRADE 26
- **Nefrologia**
Tecnologia digitale a supporto dei pazienti nefropatici 27
- **Ricerca**
Paura: emozione legata al microbiota? Primi indizi 28
- **Terapia**
Tumore della prostata: nuova terapia migliora la qualità di vita 29

CLINICA E TERAPIA

- **Clinica**
Fibrosi polmonare. Fisiopatologia clinica ed attuali strategie di trattamento 30
- **Prevenzione**
Prevenzione CV: le indicazioni su misura in base all'età 32
- **Testimonianze**
Medico e fisioterapista: una collaborazione inter-professionale 35
- **Terapia**
Rischio di frattura osteoporotica. Aggiornamento della Nota 79 38
- **Congressi**
Un terzetto che fa danni: obesità, diabete e nefropatia 42
- **Rassegna da Nutrienti e Supplementi** 43

La riforma della medicina territoriale è necessaria, ma non si improvvisa

■ Anna Sgritto

La riorganizzazione della medicina territoriale, così come declinata del DM 77 è un punto di partenza, non certo di arrivo. Il traguardo, per poter essere raggiunto ha bisogno che vengano realizzati una serie di *step* intermedi tra cui *in primis*: la riforma della formazione dei medici di medicina generale, dando dignità di Disciplina alla Medicina Generale, aumentando le borse di studio e gli emolumenti, non solo dei Mmg, ma di tutti i nostri medici che hanno i salari più bassi d'Europa. Potremmo sintetizzare così il pensiero di **Silvio Garattini**, fondatore e presidente dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri Irccs, espresso nell'intervista che ha rilasciato a *M.D. Medicinae Doctor*.

La focalizzazione del dibattito politico, anche di quello pre elettorale, sulla riforma della Medicina Generale e sulla riorganizzazione della medicina territoriale, testimonia, secondo Garattini, quanto questo comparto sia fondamentale per l'assetto e il riordino dell'intero Sistema Sanitario Nazionale. Garattini però insiste sulla necessità di una visione sistemica del futuro del nostro Ssn che è mancata in tutti i programmi e le coalizioni dei partiti durante la recente tornata elettorale. "Il fatto che il dibattito pre e post elettorale si sia focalizzato quasi esclusivamente sul riordino della medicina territoriale - sottolinea - è sbagliato, però c'è una giustificazione dettata dal fatto che si ritiene la medicina territoriale la parte del Ssn più importante da riformare" visti i *vulnus* venuti a galla durante la pandemia, le lamentele dei cittadini che non trovavano e non trovano una risposta adeguata sul territorio ai loro bisogni di salute e di assistenza. Non esistono strutture intermedie e così, "i Pronto Soccorso si intasano di richieste inappropriate" - continua Garattini che auspica ad un cambiamento importante: un futura dipendenza dei Mmg nel Ssn, argomento che al momento tra i medici di famiglia risulta essere estremamente divisivo. "Penso sia necessario un cambiamento importante - precisa - che i medici di medicina generale siano assunti dal Servizio Sanitario Nazionale attraverso la costituzione di medicine di gruppo che confluiscono nelle Case di Comunità, dove siano presenti altre professionalità della medicina di primo livello, coadiuvate dalla presenza di infermieri, di altri operatori sanitari, di strumenti diagnostici e informatici anche di telemedicina. Ma tutto questo va costruito nel tempo, non si può improvvisare. È indispensabile l'aiuto di tutte le strutture sociali presenti sui territori, compreso il Terzo Settore, per poter assicurare che i bisogni dei cittadini siano il più possibile soddisfatti". Ma le rappresentanze del Terzo Settore hanno fortemente criticato il DM 77 perché tenute ai margini della riforma. "È vero - puntualizza Garattini - ma noi dobbiamo utilizzare il più possibile i volontari, sono la forza, fra l'altro gratuita, che opera direttamente sul territorio e quindi ha ben presente quali sono i bisogni della popolazione".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista a Silvio Garattini

Cosa non va nel DM77: la parola al Forum del Terzo Settore

“Un passo avanti verso una sanità territoriale prossima ai cittadini, ma il coinvolgimento dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, l’istituzione dell’infermiere di famiglia, le case hub e spoke, ecc. meritano un approfondimento e una valorizzazione”.

Questo è uno dei moniti lanciati dalla Consulta Welfare del Terzo Settore nel documento di Analisi e proposte su “Case della Comunità” a seguito del Decreto 23 maggio 2022, n. 77

// Le Case di Comunità non siano solo luogo di cura e di assistenza sanitaria e socio-sanitaria”. Questo il messaggio lanciato di recente dal Forum del Terzo Settore in cui è stata focalizzata l’attenzione sul Documento di “Analisi e proposte su Case della Comunità” a seguito del Decreto 23 maggio 2022, n. 77” elaborato dalla Consulta Welfare.

Il Forum Nazionale del terzo Settore, sin da prima della sua emanazione, aveva analizzato il nuovo sistema di assetto di assistenza territoriale che era stato sottoposto all’esame della Conferenza Stato Regioni (dove, tra l’altro, non si era raggiunta l’Intesa) con particolare attenzione al ruolo che le Case della Comunità saranno chiamate a rivestire all’interno della riforma dell’assistenza territoriale prevista dalla Missione 6 del Pnrr, quale luogo in cui si risponde non solo ai bisogni di salute e socio-sanitari, ma anche di benessere più complessivo all’interno della vita della Comunità, soprattutto per quanto riguarda le persone anziane, le persone con disabilità, i minori e le persone non autosufficienti, stante anche il raccordo esplicito della Componente 1 della Missione 6 con la Componente 2 della Missione 5 inerente

la coesione ed inclusione sociale di vari fasce di persone fragili della comunità. Infatti, per le persone con disabilità, per quelle anziane non autosufficienti o per quelle con altre fragilità, anche quando necessitano di alti livelli di intensità di interventi sanitari, non si può mai non tenere conto di altre dimensioni quali quelle delle relazioni interpersonali e del supporto per le stesse e (per i minori e gli adulti) del proprio sviluppo personale per tutto l’arco della propria vita. Il documento è quindi volto a verificare quali possano essere le eventuali difficoltà o criticità per riguardare quanto sopra.

► Un passo avanti, ma

Il DM 77, secondo il Documento della Consulta, rappresenta un probabile passo avanti verso una sanità territoriale prossima ai cittadini, ma il coinvolgimento dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, l’istituzione dell’infermiere di famiglia, le case hub e spoke, ecc. meritano un approfondimento e una valorizzazione.

Nella redazione della parte inerente le Case della Comunità si risente di una visione prettamente sanitaria, al massimo con qualche sfumatura socio-sanitaria affidata ad assistenti so-

ciali con generici punti di raccordo, in cui la sanità si colloca nel punto più alto rispetto ai servizi sociali comunali (tanto è vero che si afferma che le CdC sono la “sede privilegiata per la progettazione e l’erogazione di interventi sanitari” e hanno come obiettivo “la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari”

“In tal senso - sottolinea il Documento - sarebbe utile ed indispensabile stabilire contatti con l’ANCI, ma anche con le organizzazioni di rappresentanza dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e infermieri, su cui graverà la responsabilità attuativa. Il tutto con l’intento di precisare e migliorare la portata di questa innovazione. Occorre tra l’altro che l’intero processo attuativo vada attentamente monitorato anzitutto per apportare ogni possibile miglioria tanto a livello nazionale, quanto a livello di attuazione nelle regioni (che avranno un ruolo determinante nel renderla operativa)”.

“Inoltre, dovrà essere posta la necessaria attenzione al fatto che il Pnrr, finanziando alcune tipologie di interventi, libererà alcune risorse del Fondo Sanitario che potrebbero ben essere destinate ad interventi ed iniziative anche di ETS nel settore”.

Infine, si dovranno monitorare anche gli utilizzi del FSE insieme al FESR 2021-27 al fine di realizzare attraverso tali fondi quegli interventi complementari ed integrativi della riforma, ma che non potranno trovare risorse nel Pnrr”.

Le proposte

1 strutturare immediatamente un gruppo di lavoro nazionale che coadiuvi i Forum Regionali nel seguire l’attuazione della riforma e la realizzazione delle Case della Comunità nei territori di riferimento, considerando altresì che nel terzo e quarto trimestre del 2022, secondo quanto indicato nei Contratti Istituzionali di Sviluppo si dovrà definire la vera e propria programmazione dell’assistenza territoriale secondo gli standard individuati dal DM n. 77/2022; al riguardo si dovrebbero acquisire il prima possibile i piani presentati dalle Regioni e dalle Province Autonome al Ministero della Salute;

2 elaborare una proposta di modello di Casa della Comunità, partendo dalle buone prassi presenti in alcuni territori; a tal fine si ritiene importante censire le case della salute, circa 700, istituite in molte regioni, e prendere in esame la proposta di un modello di Casa della Comunità avanzata e presentata al Forum da parte della rete “Prima la Comunità”: tale proposta pare infatti utile a chiarire molti aspetti inerenti il governo e la governance delle Case della Comunità e ad implementare le interazioni fra queste ed i vari stakeholders;

3 prevedere ampi spazi di sperimentazione di diversi modelli di CdC modulati in base alle diverse peculiarità del territorio (per es. aree interne, aree ad alta inten-

sità di popolazione, aree montane, ecc.) consentendo al sistema attuativo ampio spazio di flessibilità ed adattabilità riferito alla popolazione di riferimento;

4 accompagnare il processo e monitorarlo per una “*puntuale messa in atto di tutte le misure previste e per il concorde, costante e leale impegno di tutti gli attori istituzionali coinvolti in direzione della compiuta attuazione di una riforma che, mirando ad assicurare uguaglianza nel diritto alla salute sull’intero territorio nazionale, riveste la più grande importanza*”, così come fortemente raccomandato dal Consiglio di Stato nel citato parere n. 881 del 19.05.2022;

5 coinvolgere nel monitoraggio anche l’Osservatorio Nazionale per la condizione delle persone con disabilità, per poter verificare il rispetto della “Direttiva alle amministrazioni titolari di progetti, riforme e misure in materia di disabilità” emessa con decreto del 9 febbraio 2002 dall’Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

► Fragilità e disabilità

“Il Forum Terzo Settore - ha precisato **Vanessa Pallucchi**, portavoce del Forum - ha fortemente voluto che nel Pnrr le Case di Comunità venissero considerate un luogo in cui offrire alle persone non solo risposte ai loro bisogni di salute, ma anche supporto nei loro percorsi di vita. Crediamo che servano nuovi modi di intendere i sostegni agli anziani, inclusi i non autosufficienti. È con questo spirito che stiamo seguendo, anche attraverso le nostre Consulte e un gruppo di lavoro specifico, l’attuazione del Pnrr che

contempla, tra l’altro, le Case di Comunità quali strutture in cui dovrebbero essere opportunamente progettati ed attuati diversi percorsi di sostegno per i soggetti vulnerabili della comunità”.

Le Consulte Volontariato, Impresa sociale e Welfare del Forum Terzo Settore hanno sin da subito manifestato il timore che il Ministero della Salute e le Regioni strutturassero una prima disciplina di carattere generale sulle Case di Comunità che tradisse il più ampio intento sopra ricordato. L’approvazione del decreto di riforma dell’assistenza territoriale prevede un primo generale impianto delle Case di Comunità, senza però un’adeguata attenzione alla costruzione di supporti abilitativi e all’acquisizione di autonomie da parte delle persone con disabilità e dei minori”. “Purtroppo ancora una volta è stata persa una grande occasione per attivare quella vera e propria integrazione socio-sanitaria di cui il nostro Paese è ancora privo”, dichiara il coordinatore della Consulta Welfare del Forum Terzo Settore, **Roberto Speciale**.

“La Consulta Welfare - prosegue - ha quindi realizzato al riguardo un Documento in cui si individuano, da una parte, i motivi concreti relativi alla preoccupazione che le Case di Comunità non diventino solo luogo di cura e di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, dall’altra delle ipotesi di riallineamento del sistema verso l’obiettivo più ampio di rendere le Case di Comunità luoghi privilegiati per la progettazione di interventi di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria e punti di riferimento per i cittadini”.

“Il nostro auspicio - conclude Speciale - è che il lavoro di analisi e di proposte indicato nel Documento, possa condurre a un confronto costruttivo per rendere le Case della Comunità di tutti”.

Il metaverso della Medicina Generale

Come il metaverso, che è un processo inevitabile della convergenza digitale, che si frammenta e riverbera in una serie di mondi virtuali interconnessi e popolati da avatar, così si metaversizza l'assurda ed irrealistica progettualità sanitaria dove le fallite Case della Salute vengono ridefinite di Comunità, assomigliando sempre più alle vecchie case cantoniere, mentre tutte le criticità che attanagliano la nostra professione di Mmg restano al palo

Alessandro Chiari - *Segretario regionale Fismu Emilia Romagna*

Il disegno ormai è chiaro, si vuole distruggere la Medicina Generale togliendole la sua essenza che si identifica nel rapporto medico-paziente. Passiamo quindi dal rapporto con il paziente ad un rapporto molto più virtuale, dove il medico diventa un ingranaggio di una catena di montaggio o di un supermercato sanitario, dove si vende sanità e si rapporta il paziente alla struttura. Il problema è come intervenire, soprattutto in un segmento sensibile, quale può essere la sanità o ancora peggio, la Medicina Generale che è l'unica risorsa sanitaria che ancora viene offerta gratuitamente e che quindi offre dei 'supermarket' della sanità aperti al pubblico quando e come vogliono con la convinzione di poter acquistare, a costo zero, tutto ciò che il paziente desidera o crede di desiderare.

Vince quindi il mattone, il potere del muro, della struttura contro l'intelligenza del medico. Vince l'*hardware* sul software. In questo tipo di costruzione, i nostri processi decisionali sono ormai alla mercé delle note Aifa, dei PDT, delle linee guida. Mio padre, vecchio Mmg si rivolterebbe nella tomba se vedesse cosa ci vogliono far diventare. Non parliamo poi delle persecuzioni degli 'uffici farmaceutici' delle Asl ormai più vicini a polizie politiche, piuttosto

che strutture che si occupano di appropriatezza comportandosi come macchine che seguono un proprio percorso di tipo coreano applicando direttive punitive. Ma di questo aspetto ne riparleremo presto.

► La medicina post pandemica

Invero, diventa difficile la previsione di cosa possa accadere dopo la pandemia, perché non è assolutamente finita. Una nuova ondata, di cui non conosciamo ancora la pericolosità e la portata, sta montando, ormai anche alla luce della assoluta mancanza di qualsiasi presidio di contenimento. Il solo vaccino non basta, abbiamo visto che limita, ma non risolve. Poi quei geni che governano la Medicina Generale non hanno proprio capito niente di come funziona, e continuano a caricarci di incombenze burocratiche per scaricare le aziende, facendoci fare il lavoro impiegatizio che spetterebbe alle stesse. Visto che mancano pure i medici non osiamo pensare che cosa ci aspetterà in un triste, prossimo futuro in cui i giovani che scelgono Medicina fuggono dalla MG scegliendo altre specialità più attrattive. I vecchi vanno in pensione appena possono ed i giovani prendono paura e, assaggiata la torta, la vomitano subito ridistribuendosi sugli incarichi tempora-

nei: per anni abbiamo discusso sul dilemma della pleora medica non trovando la soluzione del problema. Ma forse sarebbe bastato mettere prima **Roberto Speranza** al Ministero della Salute. Quest'ultimo ministro, vittima della sua barriera ideologica, non ha fatto che peggiorare quel clima di improvvisazione, che, già la ministra **Beatrice Lorenzin**, aveva inaugurato introducendo quei dibattiti sanitari di rilevanza da *bar dello sport* che ci perseguitano tuttora. La barriera ideologica, che comporta una prospettiva ideologica, parte da un punto di analisi inficiato dalla demagogia che porta ad una visione acritica e distopica della realtà mistificandola a proprio gradimento, un meccanismo di difesa che aggira la semplicità progettuale basata su fatti, evidenza, esperienza e realtà e ci porta dove fa comodo andare. Da piccoli errori nascono grandi errori e, se non si modifica la sequenza dopo il primo, diventa assolutamente imm modificabile ed irreparabile generando catene di errori sempre più grosse ed irreparabili. Arriverà un nuovo Ministro. Speriamo che anche questo non sia trascinato nella realtà virtuale che è l'ambiente nativo del Metaverso. La scelta della virtualità deriva dalla convergenza infinita di una serie di luoghi comuni ed imprecisioni sulla

Medicina Generale, che, si reitera in qualità di tentativo di progetto, di chi non ne sa nulla e non riesce a capirne la funzione e la peculiarità.

► Eliminare le aziende?

Bisogna fare un passo indietro e chiudere il fallimentare periodo delle Aziende e tornare alle USL. Il trentennio delle finte aziende e dei 'finti manager', dove questi, figli della politica regionale, hanno dimostrato tutta la loro inefficienza. Questo medico di medicina generale *globe-trotter* al servizio del distretto, che deve assicurare l'ambulatorio, la complessità, la domiciliarizzazione, la criticità, la capillarità, l'attività distrettuale, la barriera pandemica, l'ufficio accoglienza migranti, lo sceriffo del territorio, e quant'altro venga in mente ai geni del ministero ed ai loro porta borse, è una figura fallimentare. Lasciateci l'autonomia e noi Mmg ci sapremo gestire al meglio, come abbiamo fatto e tuttora stiamo facendo, con la pandemia. La stessa politica del 'liberi tutti' e via le mascherine pare molto azzardata proprio nel momento in cui si preannuncia il freddo invernale, fuorviario di malanni, che sarà peggiorato dalle carenze energetiche.

La pandemia non pare, in effetti, allarmare molto i politici che sono sempre più preoccupati di cercare di dare una parvenza di normalità sociale piuttosto che di sicurezza sanitaria e questo errore lo stiamo scontando dall'inizio della pandemia. È senz'altro a tutti chiaro, almeno tra i Colleghi della MG, che più ci si impegna campagne vaccinali, richieste più da esigenze vitali della politica, per occultare e giustificare gli errori sanitari e sociali, piuttosto che sospinti da veri e sentiti slanci sanitari, più il Mmg non riesce a seguire i suoi pazienti 'extracovid'. Il problema della vaccinazione non si

risolve con il suo atto, ma comporta tutta un'organizzazione, un dispendio di energia e di tempo, nonché una sovraccarica delle linee telefoniche dell'ambulatorio che non ti permette di occuparsi dei restanti pazienti. In realtà molti di noi incominciano a pensare che in realtà la vaccinazione, ormai eseguita da troppe figure sanitarie, non debba più essere considerata un atto medico, ma addirittura quanto più in antitesi con un compito medico. Eppure, sotto la spinta di sindacati compiacenti, si è percorsa questa teoria di pensare la vaccinazione come una risorsa incentivante, invece che lavorare sulle quote capitarie e sui carichi di lavoro.

► La cultura della pandemia

Purtroppo molti dei nostri concittadini hanno dimostrato di non essere responsabile in un momento difficilissimo come quello pandemico, di non capire la gravità del momento. Non solo i giovani hanno trasgredito, dove ci si poteva aspettare che la trasgressione facesse parte di uno spirito giovanile, ma anche le persone più mature che non hanno preso nessuna precauzione, perché viviamo in una società decadente

dove l'*happy hour* diventa più importante della vita, specie di quella degli altri. Se la gente non riesce ad autodisciplinarsi e pensa che lo svago sia il valore principale della vita, allora siamo finiti, siamo in un mondo di incolti dove la cultura ha lasciato il posto all'ignoranza e la storia alla cronaca. Noi medici che ci muoviamo secondo la massima *primum non nocere* siamo tuttora arroccati in difesa nei nostri studi lottando per non lasciare che la sala di attesa diventi un luogo di contagio, per non iscrivere il nostro nome su una colonna infame che testimonierà gli altri improvvisati untori. Ricordiamoci sempre che il paziente non ha solo diritti ma anche doveri verso il medico, rispettare la guida clinica, ma anche l'organizzazione ambulatoriale le modalità di accesso e stazionamento e di comunicazione. E ormai ci si dimentica che si continua a morire di Covid, anzi la cosa lascia indifferenti. Chi si ricorda più di quella lunga fila di camion militari che trasportavano le salme? E riflettendo sui Colleghi caduti noi pensiamo con tristezza a mani che non stringeremo più, occhi che non vedremo più, amici a cui non potremo più parlare.



La percezione dei problemi di salute nel setting delle cure primarie

Per rispondere a tale domanda è stata avviata un'indagine a cui hanno aderito 180 pazienti, intervistati attraverso un questionario. Il 52% dei soggetti intervistati ha ritenuto di soffrire di patologie gravi o moderatamente gravi e riferisce uno stato d'ansia, il 30% sovrastima la propria condizione rispetto al giudizio del medico, il 18% la sottostima

Matteo Maieron*, Giuseppe Maso**

*Medico in formazione; ** Professore di Medicina di Famiglia, Università di Udine

Per valutare la "percezione di salute" dei pazienti che si rivolgono al medico di famiglia è stata avviata una ricerca e attraverso un questionario sono stati intervistati 180 pazienti. Il 52% dei soggetti intervistati ha ritenuto di soffrire di patologie gravi o moderatamente gravi e riferisce uno stato d'ansia, il 30% dei pazienti sovrastima la propria condizione rispetto al giudizio del medico, il 18% la sottostima. Lo studio infatti si è proposto di valutare la "Percezione di salute" del paziente che si rivolge al medico di medicina generale, considerando il soggetto nella sua interezza, dal punto di vista del benessere fisico, psichico, sociale, indagando la "Percezione della Malattia", la "Gravità" e "l'Ansia" percepite. Si è voluto verificare quanto la percezione di questi parametri coincidesse con quella del medico.

► Materiali e metodi

Nel periodo da aprile 2021 a novembre 2021 sono stati somministrati dei questionari ai pazienti che si sono rivolti ad un medico di medicina generale, titolare di due sedi nel Distretto Alto Isontino, in

Friuli-Venezia Giulia.

I questionari analizzavano la percezione dei pazienti relativamente alla gravità della malattia, alla percezione dello stato di salute e lo stato d'ansia.

Alla fine della visita ambulatoriale un questionario è stato somministrato al Medico di Medicina Generale, per valutare gli stessi parametri già richiesti ai pazienti. I due questionari rivolti al paziente e al medico sono stati confrontati.

I dati raccolti sono stati registrati su un database in Excel ed elaborati.

► Risultati

Hanno partecipato allo studio 180 pazienti, 59% soggetti di sesso femminile, 41% di sesso maschile. Età media dei partecipanti di 69 anni. Più della metà dei soggetti intervistati ha ritenuto di soffrire di patologie gravi o moderatamente gravi e riferiva uno stato d'ansia, il 30% dei pazienti sovrastimava la propria condizione rispetto al giudizio del medico, il 18% la sottostimava. Le donne giudicavano mediamente più grave la propria condizione di salute, ma risultavano avere una minore percezione del

loro stato salute. La crescita del livello di disagio avvertito dai soggetti concordava con l'aumento della considerazione di gravità e della percezione di malattia. I pazienti studiati hanno considerato le condizioni per cui si sono rivolti al Mmg: non gravi (43%) e moderatamente gravi (41%), gravi (16%). Confrontando i questionari sottoposti ai pazienti con quelli sottoposti al medico è emerso che il 18% dei pazienti sottostima la gravità della propria condizione, il 30% la sovrastima (figura 1).

Le pazienti femmine considerano

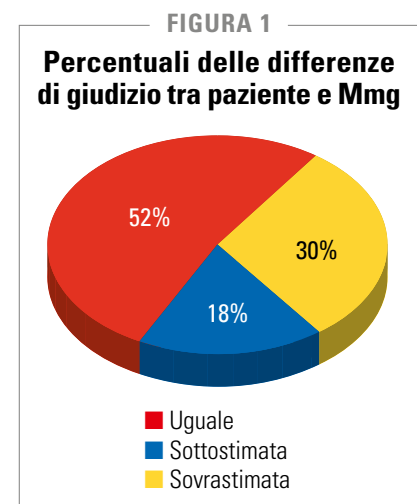
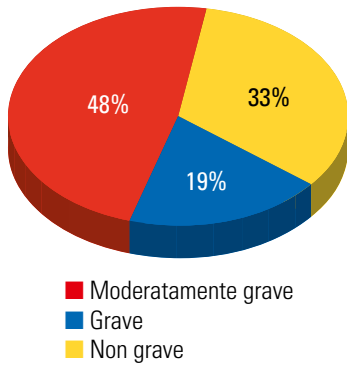


FIGURA 2

Percentuali dei livelli di gravità giudicati dalle pazienti femmine



la propria condizione grave nel 19% dei casi e moderatamente grave nel 48% (figura 2).

Mentre i pazienti maschi hanno la tendenza a considerare il loro stato non grave nel 58% dei casi (figura 3). La domanda sulla Percezione di Malattia è stata posta e giudicata dal Mmg durante la visita del paziente; le risposte potevano essere: "Alta percezione" corrispondente ad un paziente che ha perfettamente compreso il proprio stato di salute e al contrario una "Bassa percezione" quando il paziente ha

FIGURA 3

Percentuali dei livelli di gravità giudicati dai pazienti maschi

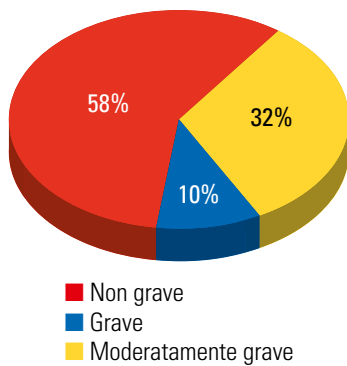
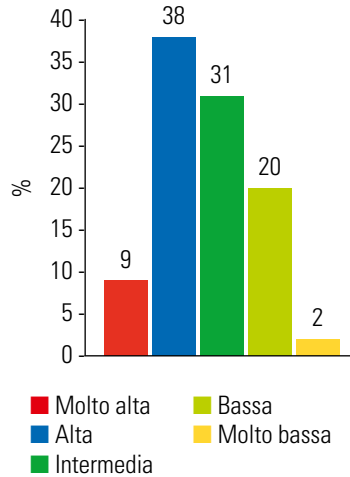


FIGURA 4

Percezione della salute rilevata dal Mmg



capito meno la propria condizione. Nella popolazione studiata sono quasi un quarto del totale i pazienti con i livelli più bassi di percezione dei casi: il 22% (2% Molto bassa; 20% Bassa), i pazienti con livelli più alti di percezione sono poco meno della metà (38% Alta; 9% Molto Alta) (figura 4).

Nei soggetti di sesso femminile la percezione dello stato di salute è alta nel 38%, nel 6% molto alta, nel 32% intermedia, nel 21% bassa e nel 3% molto bassa (figura 5). Nei maschi i livelli di percezione più alta aumentano al 52% (14% Molto alta; 38% Alta) e diminuisce il livello basso di percezione al 18% (1% Molto basso; 17% Basso) (figura 6).

Coloro che si ritengono ansiosi hanno una percezione più grave della malattia e una percezione più alta della loro condizione di salute. Oltre i 75 anni c'è un aumento considerevole del livello di gravità avvertita, ed oltre gli 80 anni spicca una percezione più alta dello stato di salute. I soggetti con basso livello di istruzione hanno un'aumenta-

FIGURA 5

Gradi di percezione della salute rilevata dal Mmg nelle pazienti femmine

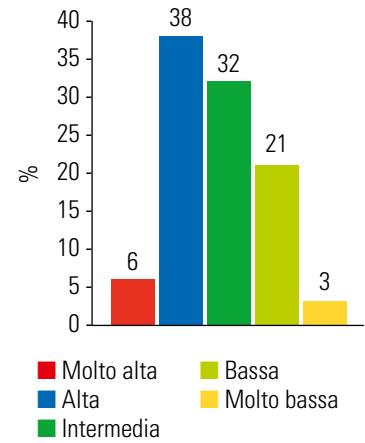
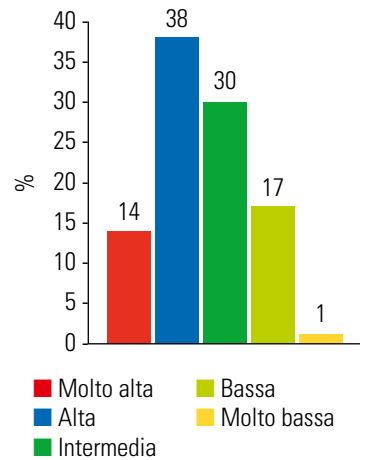


FIGURA 6

Gradi di percezione della salute rilevata dal Mmg nei pazienti maschi

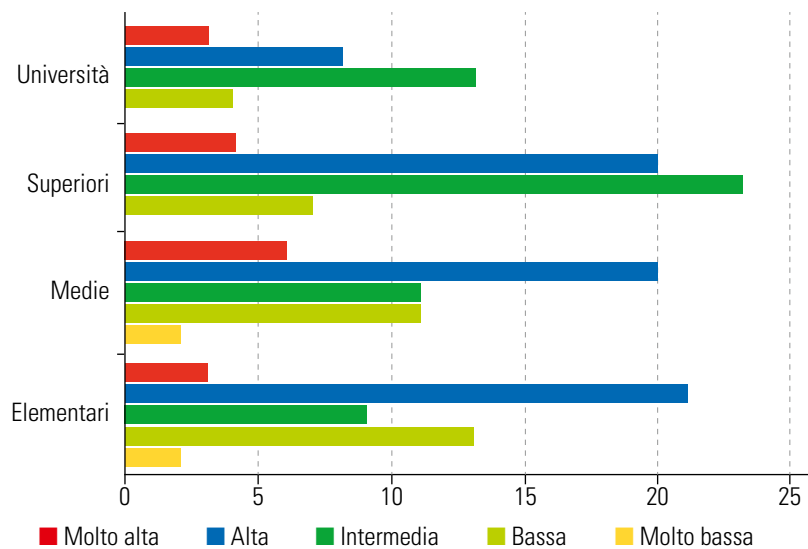


ta considerazione della gravità della propria malattia ma una bassa percezione della condizione di salute in generale (figura 7).

La maggior partecipazione al sondaggio è stata di soggetti pensionati. Questi hanno un alto livello dichiarato di condizioni gravi e moderatamente gravi e in genere hanno

FIGURA 7

Livello di istruzione e percezione di malattia giudicata dal Mmg



una maggior percezione del proprio stato di salute (molto alto/alto). I vedovi e nubili/celibati riportano una maggior numero di situazioni gravi; sposati e divorziati hanno una più alta percezione dello stato di salute. Ai gradi maggiori di disagio corrisponde una più alta gravità della patologia ed una più elevata percezione del proprio stato di salute.

► Conclusioni

Mediamente i soggetti di sesso femminile tendono ad avere un giudizio più grave del proprio stato di salute, un quarto di questi ha una bassa percezione. I pazienti maschi hanno la tendenza a considerare la situazione meno grave e hanno una più alta percezione.

Più pazienti ritengono di sentirsi ansiosi (63%), rispetto a quanti ne risultano secondo il giudizio del medico. I pazienti ansiosi si rivelano essere coloro che giudicano più gravemente la propria salute, ma anche possiedono una maggiore percezione, così come i pazienti di età maggiore di 75 anni ed in generale i pensionati. I vedovi credono di avere condizioni più gravi, invece sposati e divorziati hanno una più alta percezione. Chi possiede un più basso livello di istruzione percepisce meno correttamente la propria malattia e la considera più grave. La crescita del livello di disagio avvertito è concorde con l'aumento di gravità e di percezione del paziente. Risulta evidente l'importanza della comunicazione tra medico e paziente considerata l'elevata percentuale di soggetti che non percepiscono correttamente il proprio stato di salute. È necessario più tempo dedicato a una maggiore educazione e alla trasmissione di informazioni sullo stato di salute in modo che ogni paziente possa seguire correttamente i consigli e le terapie prescritte, possa ridurre i fattori di rischio e mettere in atto le azioni di prevenzione di malattie e complicanze.

BIBLIOGRAFIA

- Carmassi C, Dell'Oste V, Cordone A, et al. Relationships Between Somatic Symptoms and Panic-Agoraphobic Spectrum Among Frequent Attenders of the General Practice in Italy. *J Nerv Ment Dis* 2020; 208: 540-548.
- Hajek A, König HH. Which factors lead to frequent attendance in the outpatient sector among individuals in the second half of life? Evidence from a population-based longitudinal study in Germany. *BMC Health Serv Res* 2018; 30;18: 673.
- Hammerman O, Halperin D, Tsalihin D, et al. Characteristics and economic burden of frequent attenders with medically unexplained symptoms in primary care in Israel. *Eur J Gen Pract* 2021; 27: 294-302.
- <https://www.epicentro.iss.it/passi>
- Jørgensen JT, Andersen JS, Tjønnelund A, Andersen ZJ. Determinants of frequent attendance in Danish general practice: a cohort-based cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 2016; 28;17: 9.
- Kang SC, Lin CC, Tsai CC, et al. Characteristics of Frequent Attenders Compared with Non-Frequent Attenders in Primary Care: Study of Remote Communities in Taiwan. *Healthcare* (Basel) 2020; 13;8: 96.
- Luutonen S, Santalahti A, Mäkinen M, et al. One-session cognitive behavior treatment for long-term frequent attenders in primary care: randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care* 2019; 37: 98-104.
- Rennemark M, Holst G, Fagerstrom C, Halling A. Factors related to frequent usage of the primary healthcare services in old age: findings from The Swedish National Study on Aging and Care. *Health Soc Care Community* 2009; 17: 301-11.
- Sandvik H, Hunskaar S. Frequent attenders at primary care out-of-hours services: a registry-based observational study in Norway. *BMC Health Serv Res* 2018 25;18: 492.
- van den Bussche H, Schön G, Kolonko T, et al. Patterns of ambulatory medical care utilization in elderly patients with special reference to chronic diseases and multimorbidity--results from a claims data based observational study in Germany. *BMC Geriatr* 2011; 13;11: 54.

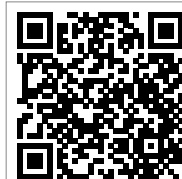
La medicina territoriale soddisfa solo un italiano su quattro

A evidenziare ciò l'indagine "Esperienza e percezione degli italiani sulla medicina territoriale", realizzata da Fondazione Onda in collaborazione con l'Istituto partner Elma Research

La medicina territoriale è fortemente utilizzata dagli italiani, ma pochi ne sono soddisfatti. Secondo l'indagine "Esperienza e percezione degli italiani sulla medicina territoriale", realizzata da Fondazione Onda in collaborazione con l'Istituto partner Elma Research, risulta che 9 italiani su 10 si siano rivolti a medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, guardia medica e/o consultorio negli ultimi 6 mesi, soprattutto per la prescrizione di farmaci (79 per cento), visite specialistiche o esami (67 per cento), eppure, solo un quarto di loro ne è soddisfatto. Purtroppo, le principali fonti di delusioni sono ancora la difficoltà di prenotazione (58 per cento), lunghi tempi di attesa (53 per cento) e disponibilità oraria molto limitata (43 per cento). Quasi la totalità degli utenti (88 per cento) ha contattato il medico di medicina generale per sé o per familiari negli ultimi sei mesi, mentre solo il 16 per cento ha contattato servizi di continuità assistenziale (es. guardia medica) e il 15 per cento un consultorio. Il 96 per cento della popolazione utilizza una forma di comunicazione digitale come e-mail (70 per cento) e telefonate (68 per cento) per interagire con i servizi offerti dalla medicina del territorio e circa la metà "vorrebbe mantenere il più possibile questo tipo di approccio".

"Il 6° Congresso nazionale Onda ha fatto il punto sull'assistenza di prossimità in ottica di genere, affrontando alcuni ambiti specialistici della cronicità e il tema della prevenzione con

particolare riferimento alla salute sessuale riproduttiva. I dati dell'indagine svolta non sono confortanti, pur essendo stati questi servizi utilizzati dal 90 per cento degli intervistati, solo il 26 per cento si dichiara soddisfatto", afferma Francesca Merzago, Presidente di Fondazione Onda. "Dalla scrittura del Pnrr ad oggi è subentrata una grave crisi energetica e in Italia si è appena votato: l'auspicio è che per il prossimo Governo la Sanità territoriale e ospedaliera restino una priorità con fondi dedicati anche all'assunzione e formazione di personale indispensabile per garantire il funzionamento e la sostenibilità del nostro sistema sanitario nazionale". "Guardando i dati del questionario le cose che stupiscono sono due: la prima che, nonostante buona parte degli intervistati sia affetto da patologie croniche, sembrano non presi in carico con appuntamenti prefissati ed un case manager dedicato, la seconda la scarsa fiducia nel futuro della sanità. Il Pnrr nella missione 5 e 6 e con il DM 77/2022 se realizzato correttamente dovrebbe essere la risposta ai problemi messi in evidenza dal questionario", commenta Flori Degrassi, Coordinatrice Antenne regionali Fondazione Onda, rappresentante Regione Lazio Osservatorio Medicina di genere, Istituto Superiore di Sanità.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF dell'indagine realizzata dalla Fondazione Onda



Il Servizio Sanitario Nazionale ha bisogno di equità e di qualità

Il 79% degli italiani ritiene che queste siano da intendersi come priorità assolute per i prossimi cinque anni e il 98% crede che la scienza possa aiutare a risolvere le più importanti sfide della società. È quanto emerge dal nuovo State of Science Index (SOSI), l'indagine globale sullo stato della scienza condotta da Ipsos per 3M

Assicurare qualità ed equità di accesso al servizio sanitario per il 79% degli italiani è da intendersi come una priorità assoluta per i prossimi cinque anni. È quanto emerge dal nuovo *State of Science Index (SOSI)*, l'indagine globale sullo stato della scienza condotta da Ipsos per 3M. Tra le tematiche chiave oggetto di analisi il settore *healthcare*, posto sotto i riflettori a seguito dell'esperienza della pandemia per valutare quali siano le priorità per gli italiani maggiormente meritevoli di attenzione alla luce dello scenario attuale.

I dati provenienti dallo *State of Science Index* mostrano che la stragrande maggioranza delle persone a livello mondiale (97%), dopo l'esperienza della pandemia e la rapida risposta offerta dalla comunità scientifica, crede che la scienza possa aiutare a risolvere le più importanti sfide della società. In Italia questo dato sale al 98%.

► Le sfide prioritarie

Allo stesso tempo nel 2019, prima della pandemia, il 42% dei partecipanti a livello mondiale che dichiaravano di non trovare la scienza noiosa, erano interessati al tema perché la comunità scientifica avrebbe potuto risolvere i problemi mondiali.

Al di là degli scenari creati dalla pandemia, gli italiani ritengono che si debba dare la priorità a quattro tipi di sfide:

1. Cure per le malattie croniche (71%)
2. Trattamenti per il cancro (70%)
3. Soluzioni per problemi legati alla salute mentale (49%)
4. Vaccini per future pandemie (44%)

Marc Routier, Presidente di 3M Italia ha commentato: "La pandemia ha acceso i riflettori sullo status del servizio sanitario in Italia. La nostra ultima indagine *State of Science Index* ha evidenziato la necessità generale di promuovere miglioramenti urgenti per garantire a tutti un servizio sanitario di qualità.

Stando ai dati raccolti, gli italiani riconoscono alla scienza un ruolo cruciale per affrontare questa sfida, e sembra che la pandemia abbia contribuito ad accrescere ancora di più questa consapevolezza, con la maggioranza degli italiani, il 98%, che ora reputa la scienza in grado di risolvere le sfide più importanti della nostra società".



Le difficoltà di accesso agli studi dei Mmg secondo gli assistiti

Alcune riflessioni dopo aver letto l'ennesima missiva inviata a un quotidiano da un assistito che denunciava la difficoltà di poter ricevere velocemente una visita dal suo medico di medicina generale previo appuntamento

Vincenzo Giordano*

Traggo spunto per le mie considerazioni da una lettera, comparsa su Repubblica Bologna del 5 ottobre 2022, nella Rubrica "Ditelo a Repubblica" di **Aldo Balzanelli**. "Medico di famiglia: chi l'ha visto?" è il titolo della lettera e questo il contenuto: "La condizione dei medici di famiglia è tale che ne stanno soffrendo i pazienti. Chiamo la dottoressa di famiglia per prenotare la visita ambulatoriale; la segretaria mi propone il 25 ottobre. Chiedo se è possibile anticipare; mi viene dato l'appuntamento per il 14 ottobre, però con la sostituzione della titolare. Chiedo il perché della lunga attesa. Mi viene detto che alla dottoressa sono stati assegnati circa altri 800 pazienti". Tutto ciò conferma quanto si sa da tempo e cioè la mancata sostituzione dei medici costretti ad andare in pensione quando molti avrebbero continuato ad operare ancora.

La risposta del giornalista: "Tranne i pochi che, come me, hanno la fortuna di avere un medico di famiglia efficiente e disponibile, sono tantissimi quelli che si lamentano di non riuscire neppure a parlare col proprio medico. Ancora peggio andava in epoca Covid, ma il problema è drammatico e anche in questo modo si spiega l'abnorme e ingiustificato ricorso al Pronto Soccorso. Sarebbe bene che la Regione mettesse mano seriamente alla questione e non mi è sembrata una grande idea l'accordo firmato a luglio che ha alzato da 1.500 a 1800 il numero di pazienti per ciascun medico di base".

► La mia esperienza

In altri Paesi, USA e Inghilterra ad esempio, il massimale di assistibili è normalmente tra i 2.000 e i 2.500. Nel 1978, con la fine del sistema delle Mutue e l'istituzione del Ssn, sono arrivati ad avere in carico 2.230 assistiti. Ho da sempre ricevuto liberamente i pazienti senza appuntamento e le attese del proprio turno, in sala d'aspetto, non sono mai state esageratamente lunghe, salvo che nei periodi di pandemia influenzale. Certo, i bisogni sanitari, allora, erano inferiori rispetto agli attuali e la prevenzione 'a tappe-

to' era di là a venire: ma già allora avevo un robusto schedario cartaceo come 'base di dati' da curare e le visite a domicilio venivano regolarmente; mi alternavo con il mio Collega per coprire la pronta reperibilità notturna e festiva, dato che allora non esisteva ancora nel paese dell'Appennino romagnolo, ove esercitavo, la guardia medica notturna e festiva. Gli orari di ricevimento in studio sono stati, per i circa 42 anni della mia attività, usualmente circa il doppio di quelli minimi richiesti dalla AUSL in base al numero di assistiti e flessibili: tutte le persone presenti in sala di attesa al momento dell'orario della chiusura teorica avevano la certezza di essere visitati. Anche se questo significava saltare il pranzo o arrivare tardissimo a casa per la cena. È proprio questa flessibilità che oggi manca a molti medici di famiglia, perché essi non si basano sui reali bisogni di salute dei loro assistiti, ma stabiliscono a priori come dividere il loro risicato orario di studio - corrispondente allo orario minimo richiesto dalla ASL - tra un certo numero (deciso in piena autonomia) di visite. Ora, il medico può anche avere le migliori intenzioni ma, non essendoci nella Convenzione regole che go-

* Medico di medicina generale da novembre 1975 alla fine del 2016 nel Comune di Modigliana, ambito Territoriale Modigliana-Tredozio (FC - AUSL ROMAGNA), partecipa delle (allora) più avanzate modalità di erogazione dei Servizi Sanitari di Base (Medicina di gruppo, Country Hospital - poi Ospedale di Comunità - Casa della Salute)

vernino questo aspetto, il medico, legittimamente, agisce come gli sembra più opportuno e tutto questo meccanismo non può non apparire opaco ed arbitrario anche se magari poi non lo è.

Mettiamo ad esempio che il medico di medicina generale, diciamo il martedì mattina, abbia stabilito un orario di 3 ore, dalle 9 alle 12; questo è un dato pubblico, noto agli assistiti come alla ASL. Ma mancano altri parametri importanti: come la pubblicità delle liste di attesa (ad evitare possibili favoritismi) e il tempo da dedicare ad ogni visita e quindi il numero di visite per ogni ora di ambulatorio. Eppoi, siamo proprio sicuri che una segretaria che al massimo conosce i dati anagrafico-amministrativi dell'assistito, sia in grado di valutare correttamente, con un semplice colloquio telefonico, il grado di priorità da assegnare nei singoli casi?

► Più trasparenza

È quindi indispensabile e urgente, secondo il mio modesto parere che il nuovo assetto della Assistenza Primaria Territoriale preveda, per l'accesso all'ambulatorio del medico di famiglia - se proprio si volesse mantenere la modalità per appuntamento là dove in funzione - una regolamentazione rigorosa e trasparente. Attualmente infatti non vi sono regole scritte nella Convenzione e tutto viene lasciato alla buona volontà del singolo professionista.

Non vi sarebbero problemi se, in tale forma, tutto funzionasse perfettamente.

Così non è: lo si vede dalle crescenti lamentele degli assistiti che si sfogano, scrivono ai media o sui *social*, denunciando ritardi insopportabili, indegni di un Paese civile.

Lo si capisce dalle proteste, sempre più pungenti, degli operatori del Pronto Soccorso che, oltre a lavorare sotto pressione in quanto a ranghi ridotti per la mancanza di medici, si vedono le loro sale d'attesa intasate da gente che avrebbe dovuto essere filtrata dal rispettivo medico di medicina generale a cui però non si rivolge, visto come ora stanno le cose, e va direttamente in Ps. Esercitare la professione di medico, in questo fondamentale Servizio Sanitario Nazionale, è diventata talmente gravosa, frustrante e pericolosa, soprattutto in certi comparti come quello dell'emergenza urgenza, che sempre più medici e operatori sanitari 'fuggono' verso servizi più vivibili, così aggravandone la carenza di personale.

► Un'esortazione

Perché l'Italia si risollevi dalla sua posizione in bilico sull'orlo del precipizio vogliamo cominciare tutti, ognuno nel proprio campo, a fare e bene, con rigore, il proprio dovere? Etica confuciana? Perché no? abbiamo tante cose, non solo questa, da imparare dai Cinesi!

C'è ancora qualche sindacato della Medicina Generale che ricordi ai suoi iscritti che vi è una Convenzione firmata con le Regioni che bisogna rispettare in tutte le sue parti? Ci si lamenterà, poi, se il Governo e le Regioni, a fronte di liberi professionisti di cui una parte inefficiente, inadempiente e riottosa, sempre pronta a lamentarsi per "l'opprimente burocrazia" finisce per stigmatizzare l'intera categoria in negativo e per dare il via libera così al passaggio alla dipendenza?

Dipendenza che, attenzione!, assicurerebbe solo un maggior controllo sui medici e non, automaticamente, l'efficacia dell'intero siste-

ma. Per raggiungere la quale deve cambiare (quale che sia il tipo di contratto con la Parte Pubblica) l'atteggiamento stesso di alcuni medici di famiglia che dovranno prendere coscienza che ciò che chiedono gli assistiti e l'Autorità Sanitaria non è la semplice prescrizione di farmaci ed esami ma il farsi carico, realmente e rigorosamente, della salute bio-psico-sociale di chi gli si è affidato.

► Ma c'è un rischio

Ma il cambio di 'atteggiamento' da solo non basta, nel frattempo serve anche una riforma di sistema, in senso generale, che metta mano a tutti i *vulnus* che con la pandemia si sono palesati, sia in campo ospedaliero, sia territoriale.

Integrazione, formazione e maggiori investimenti nel comparto sanitario e su chi ne fa muovere gli ingranaggi sono indispensabili se non non bisognerà dire addio solo alla Medicina Generale e ai professionisti che la esercitano con scienza e coscienza, ma all'intero Servizio Sanitario pubblico e universale, che è, o forse è stato fino a poco tempo, fa un caposaldo del nostro Paese.



Una bussola per leggere uno studio clinico

Così, Renato Rossi, medico di medicina generale fino al 2011, relatore in vari corsi di formazione per medici e autore di numerosi articoli, ha definito il suo libro dal titolo "Come leggere uno studio Clinico - una guida pratica"

Un numero impressionante di articoli e studi clinici rende sempre più difficile l'aggiornamento medico e "Come leggere uno studio Clinico - una guida pratica" è nato proprio "con l'ambizione di fornire 'una bussola' che permetta di orientarsi. Una bussola semplice da usare, senza troppi numeri e troppe formule che, per loro stessa natura, sono poco amati e portano quasi sempre il lettore a rivolgersi ad altro. La speranza è che il testo sia un utile strumento di lavoro che possa affiancare il medico che si accinge all'analisi di uno studio clinico". Con queste parole **Renato Rossi**, autore del testo, introduce il suo manoscritto. Si tratta di: "Un'opera divulgativa che unisce il rigore ad un linguaggio il meno possibile zeppo di formule matematiche" e che riavvicina i medici, in particolar modo, i medici di medicina generale alla medicina basata sulle prove di efficacia (EBM). Così ha descritto **Francesco Del Zotti** (direttore di Netaudit) il libro di Rossi, introducendo un'intervista all'autore, pubblicata sulla rivista "QQ La Qualità e le Qualità in Medicina Generale" (<https://rivistaqq.org/giugno-2022/>). In effetti il rapporto che i Mmg hanno avuto in questi anni con l'EBM è stato abbastanza conflittuale. Le spinte

delle regioni e dei progetti-obiettivo delle ULS, intesi a 'razionalizzare' la spesa sanitaria, hanno fatto diventare certezza quel dubbio insinuatosi, col diffondersi dell'EBM, nella comunità medica, cioè che dietro l'intenzione di stabilire un rapporto più stretto tra le decisioni mediche e le prove scientifiche, si celasse l'intenzione di razionare l'uso di farmaci e di tecnologie mediche per scopi di economia, soprattutto in quei Paesi con un Ssn ben strutturato, minimizzando l'importanza dell'esperienza dei medici, con conseguenze deleterie per la pratica clinica.

Ma il libro di Rossi, come ha evidenziato **Antonio Addis** - Uosd Epidemiologia del farmaco Dipartimento di Epidemiologia del Ssr Asl Roma 1, Regione Lazio - che ne ha scritto la presentazione, non è solo uno "strumento di difesa rispetto alla moltitudine crescente delle informazioni che circolano ogni volta che si affaccia una nuova terapia. Si tratta anche di avere a disposizione un elenco dettagliato di cosa e come andare a guardare tra le pieghe di quello che, nonostante venga chiamato 'evidenza', spesso non risulta adeguatamente chiaro". D'altra parte, citando il padre dell'EBM **David L. Sackett**: "praticare la EBM significa integrare l'esperienza clinica in-

dividuale con le migliori conoscenze derivanti dalla revisione sistematica delle ricerche cliniche. Senza l'esperienza clinica, la pratica rischia di subire la tirannia delle prove scientifiche, perché anche le migliori evidenze possono essere inapplicabili o inappropriate per il paziente. Senza utilizzare i migliori risultati della ricerca clinica, la pratica rischia di divenire rapidamente obsoleta, con danno per il paziente. Nessuna delle due, da sola, è sufficiente".

(A.S.)



Il gender pay gap pesa anche in sanità

A Bologna la convention delle “Donne protagoniste in sanità” ha messo al centro le azioni per colmarlo, sottolineando che la questione di genere deve essere inserita tra gli indicatori che valgono per la valutazione delle performance, come accade ad esempio per il Lea

In Europa solo il 67% delle donne lavora, contro il 78% degli uomini. Se poi si sposta lo sguardo sulle posizioni apicali nel mondo del lavoro, si nota che solo il 7,5% dei presidenti dei consigli di amministrazione e il 7,7% degli amministratori delegati è al femminile. Non solo, ma la retribuzione economica delle donne è del 16% più bassa rispetto a quella dei colleghi maschi. Divari, questi ultimi, che si riscontrano anche nel settore della sanità italiana, dove le donne sono presenti ma non adeguatamente rappresentate e retribuite. Un esempio? Il gap salariale tra maschi e femmine, in questo mondo, va dal 16 al 20%. A fornire le cifre è **Monica Calamai**, coordinatrice della *community* Donne protagoniste in sanità, durante l'omonima convention che si è svolta a Bologna.

“Se nei comparti infermieristico, tecnico e dell'assistenza le donne superano il 50%, c'è però un paradosso: sono gli uomini ad avere posizioni di potere, persino negli ordini professionali a prevalenza femminile”, spiega Calamai. E anche le posizioni di direttore di struttura complessa vedono una massiccia prevalenza maschile. Per questo, sottolinea, “la questione di genere deve essere inserita tra gli indicatori che valgono per la valutazione delle performance, come accade ad esempio

per il Lea, i livelli essenziali di assistenza”. Rappresentanza femminile ai vertici e superamento del *gender pay gap* sono dunque un obiettivo fondamentale della *community*, assieme ad azioni pratiche per aiutare le donne che lavorano in sanità a gestire la vita familiare: dal figlio al genitore anziano, dato che il lavoro di cura ricade ancora prevalentemente sulle donne. “Nonostante la loro presenza nel mondo del lavoro sia migliorata rispetto al passato - analizza ancora Calamai - in Italia gli esempi positivi su azioni per sanare il *gender gap* in sanità sono ancora a macchia di leopardo. Eppure le donne sono spesso superiori di numero rispetto agli uomini anche nelle università e si laureano prima”.

Per tutte queste ragioni, per “colmare i limiti che restano consistenti sulla dimensione economica e di carriera, dunque presenza delle donne in questi settori ed enormi divari stipendiali, un anno e mezzo fa è nata la *community* - racconta Calamai - che ha visto subito un'adesione importante passando subito da 200 a 1.300 persone a livello nazionale”. Le progettualità, portate avanti in maniera innovativa, hanno al centro “il pensiero al femminile che si deve manifestare in tutta la sua dimensione e, soprattutto, deve contribuire in modo importante al

progresso del paese, perché se in un paese si ragiona a metà e non si prende in considerazione l'altra metà della popolazione non si può progredire”, chiarisce la coordinatrice.

► Agenti di cambiamento

Alla convention la *community* ha invitato non solo le donne che lavorano in sanità, ma anche diversi esponenti della politica locale e nazionale per promuovere il confronto. Tra questi, la ministra del governo uscente per le Pari Opportunità **Elena Bonetti**: “Abbiamo visto quanto le donne siano una risorsa straordinaria in questo settore. Durante la pandemia sono state protagoniste resilienti e sempre di più siamo chiamati a riconoscere la necessità anche in questo settore di un protagonismo, una *leadership* delle donne, superando quegli ostacoli che purtroppo e per troppo tempo hanno impedito alle donne di esprimere pienamente il potenziale in tutti i contesti della nostra società. La prima strategia nazionale per la parità di genere inserisce azioni specifiche non solo nella tutela della salute femminile, per esempio con la medicina di genere, ma anche riconoscendo che le donne devono sempre di più interpretare il ruolo di agenti di cambiamento in questo settore”.

AGGIORNAMENTI



■ ANDROLOGIA

Linee guida Oms per la diagnosi di infertilità maschile

■ CHIRURGIA

Autotrapianto di isole pancreatiche in seguito a pancreasectomia

■ DIABETOLOGIA

Antidiabetici a confronto: risultati dello studio GRADE

■ NEFROLOGIA

Tecnologia digitale a supporto dei pazienti nefropatici

■ RICERCA

Paura: emozione legata al microbiota? Primi indizi

■ TERAPIA

Tumore della prostata: nuova terapia migliora la qualità di vita

■ ANDROLOGIA

Linee guida Oms per la diagnosi di infertilità maschile

In occasione della Giornata Nazionale per la Fertilità è stata presentata l'edizione italiana delle nuove linee guida Oms per la diagnosi di infertilità maschile, curata dalla Società Italiana di Andrologia (SIA) e dalla Società Italiana di Riproduzione Umana (SIRU). Il documento definisce i nuovi standard per migliorare la valutazione sulla funzione riproduttiva maschile con l'intento di migliorare le diagnosi, utili a fronteggiare anche il grave declino demografico che affligge il nostro Paese.

► Il quadro in Italia

Com'è ormai ampiamente noto, da tempo in Italia la natalità è in forte crisi. Il nostro Paese, infatti, ha il tasso di fertilità più basso d'Europa e fra i più bassi del mondo (1,17 figli in media per donna) e oltre il 15% delle coppie ha problemi di fertilità, ovvero non riesce a concepire nel corso di un anno di tentativi non protetti. "In questo quadro - spiega **Alessandro Palmieri**, presidente SIA e Professore di Urologia presso la Clinica Urologica dell'Università di Napoli Federico II - ci sono tante cose che possiamo fare: lavorare sull'inquinamento ambientale, sull'inquinamento che raggiunge anche i nostri cibi, sulle microplastiche nel mare, che sono una tragedia assoluta e su cui anche noi operatori clinici dobbiamo fare qualcosa: il nostro spermatozoo subi-

sce attacchi da tante parti".

In questo contesto, anche riuscire a effettuare una diagnosi accurata, può permettere di ottenere migliori risultati. L'esame per eccellenza è senza dubbio lo spermioγραμμα, che consiste nell'analizzare un campione di liquido seminale, valutando la concentrazione, la motilità e la forma degli spermatozoi. Tuttavia, questi aspetti non sono predittivi sul percorso di una gravidanza, che è dato da tanti fattori diversi. Una questione cruciale è rappresentata anche dalla qualità degli spermatozoi in termini di capacità fecondante, fattore strettamente collegato alla loro integrità genomica, oltre che allo stile di vita di chi lo produce e alle esposizioni ambientali, come dimostrano i numerosi fallimenti della fecondazione sia naturale che assistita anche in pazienti con valori nella norma.

► Le novità del manuale Oms

La novità più importante dell'ultima versione del Manuale Oms riguarda l'inclusione dei test del DNA del liquido spermatico. Si tratta dell'analisi della frammentazione del DNA, in grado di rilevare la rottura dei filamenti del DNA degli spermatozoi. A questo si aggiunge la valutazione della cromatina, che consiste nell'esame di specifiche proteine che legano il DNA nematospermico. Tra le procedure introdotte nello studio del DNA spermatico, sono inclusi anche i test genetici e geno-

mici, utilizzati principalmente per identificare il numero di cromosomi presenti negli spermatozoi.

Sono inoltre indicati i valori soglia dell'esame del liquido seminale, da non considerarsi però come parametri assoluti. Introdotti nell'edizione scorsa sulla base di parametri di normalità ricavati dai dati di campioni seminali di individui sicuramente fertili, cioè le cui partner avevano concepito entro 12 mesi dalla sospensione dei metodi contraccettivi, questa tabella è stata poi aggiornata in quest'ultima edizione, sulla base dello studio di una popolazione più ampia, sia in termini numerici che di distribuzione geografica. Altre novità riguardano le tecniche di trattamento e crioconservazione degli spermatozoi, destinate principalmente ai biologi che operano nei Centri di Procreazione Medicalmente Assistita. In particolare, è stata introdotta la tecnica della separazione degli spermatozoi migliori, dal rimanente pool di spermatozoi presenti nell'eiaculato, attraverso l'utilizzo di un campo magnetico attivato per la selezione cellulare, denominato MACS (Magnetic Activated Cell Sorting) ed è stata introdotta anche la vitrificazione per la crioconservazione degli spermatozoi, una tecnica nota agli addetti ai lavori, ancora da considerarsi una procedura sperimentale. (L.T.)

- WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen - Sixth Edition
- <http://www.prevenzioneandrogica.it>



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Alessandro Palmieri

■ CHIRURGIA

Autotrapianto di isole pancreatiche in seguito a pancreasectomia

È possibile ridurre le complicanze di alcuni interventi pancreatici molto complessi rimuovendo completamente il pancreas e utilizzando la tecnica di autotrapianto delle isole pancreatiche del paziente, al fine di conservare la produzione di ormoni pancreatici, necessari per regolare il controllo della glicemia. Queste le principali conclusioni di uno studio realizzato da un team di ricercatori del San Raffaele Diabetes Research Institute e di chirurghi del Pancreas Center dell'IRCCS Ospedale San Raffaele e dell'IRCCS Istituto Clinico Humanitas di Rozzano e pubblicato su *Annals of Surgery*.

► **Un problema complesso**

Al centro dell'attenzione la duodenocefalopancreasectomia (asportazione della testa del pancreas, del duodeno e della via biliare terminale), uno degli interventi più complessi e a maggior rischio di complicanze di tutta la chirurgia addominale. La complicanza più frequente è la fistola pancreatica, cioè la fuoriuscita di succhi pancreatici attraverso la cucitura che ricollega il pancreas residuo all'intestino. Si tratta di una problematica molto seria, perché, com'è noto, i liquidi pancreatici hanno un'azione digestiva e la loro fuoriuscita può danneggiare i tessuti circostanti, causando infezioni ed emorragie. "Si tratta di una chirurgia tecnicamente complessa - spiega

Alessandro Zerbi, responsabile Chirurgia Pancreatica dell'IRCCS Istituto Clinico Humanitas e docente all'Humanitas University - che ancora oggi ha percentuali di complicanze e di mortalità non trascurabili, sicuramente superiori ad altri tipi di chirurgia".

Quando il pancreas è particolarmente fragile, il chirurgo può perciò decidere di asportare completamente l'organo per eliminare il rischio di fistola pancreatica, ma la pancreasectomia totale comporta l'insorgenza di un diabete particolarmente difficile da trattare, a causa della perdita totale degli ormoni che regolano il controllo della glicemia (insulina, glucagone, somatostatina, polipeptide pancreatico).

"Di fatto - aggiunge **Lorenzo Piemonti**, direttore del San Raffaele Diabetes Research Institute dell'IRCCS Ospedale San Raffaele - il chirurgo era 'costretto' a fare un'operazione ad alto rischio finalizzata a preservare le cellule che producono gli ormoni per il controllo della glicemia". Ma - continua Piemonti - "per chi lavora nel campo delle terapie cellulari, la visione è un po' diversa: non è tanto preservare la struttura dell'organo originale, quanto la funzione".

► **Lo studio**

Lo studio ha valutato per la prima volta, in pazienti ad alto rischio di fistola pancreatica, la possibilità di associare all'asportazione totale del pancreas l'auto-

trapianto di isole pancreatiche, come alternativa all'intervento standard di duodenocefalopancreasectomia.

I risultati hanno confermato che questo approccio è in grado di ridurre il numero e la severità delle complicanze rispetto all'intervento standard. L'autotrapianto di isole ha permesso di preservare, almeno in parte, la produzione di ormoni pancreatici, migliorando il controllo glicemico postoperatorio e facilitando la gestione del diabete conseguente alla pancreasectomia totale.

► **L'autotrapianto di isole pancreatiche**

Il trapianto delle proprie isole pancreatiche (o autotrapianto) è una procedura eseguita per prevenire o ridurre la gravità del diabete, dopo asportazione parziale o totale del pancreas. Consiste nell'estrarre dal pancreas asportato il tessuto endocrino e di effettuare la sua infusione nella vena porta, ingegnerizzando così il fegato affinché produca a sua volta insulina.

Per l'esecuzione dell'autotrapianto è necessario coordinare l'attività chirurgica con quella della produzione dei tessuti in laboratorio, e questo studio ha anche dimostrato come sia possibile che più Istituti si avvalgano di un'unica facility per la raccolta e processazione di pancreas per la produzione di isole pancreatiche. (L.T.)

• Balzano G, et al. *Ann Surg* 2022; doi: 10.1097/SLA.0000000000005713



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Alessandro Zerbi e Lorenzo Piemonti

■ DIABETOLOGIA

Antidiabetici a confronto: risultati dello studio GRADE

■ Livia Tonti

Da un ampio studio clinico che ha confrontato direttamente quattro farmaci comunemente usati per trattare il diabete di tipo 2, in aggiunta a metformina, è emerso che insulina glargine e liraglutide, sono in grado di ottenere i migliori risultati in termini di controllo glicemico. Lo studio è stato finanziato dal National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK), parte del National Institutes of Health. Se da una parte vi è comune accordo tra gli operatori sanitari sul fatto che metformina, combinata con dieta ed esercizio fisico, sia il miglior approccio precoce nella cura del diabete, non c'è consenso unanime su quale sia la strategia più adeguata per tenere sotto controllo la glicemia alta quando questa prima linea di trattamento non sia più sufficiente.

► Lo studio

Partito nel 2013, il Glycemia Reduction Approaches in Diabetes: A Comparative Effectiveness Study (GRADE) è stato condotto in 36 centri degli Stati Uniti, con l'intento di fornire agli operatori sanitari informazioni importanti su come orientare la gestione a lungo termine del diabete di tipo 2. Lo studio ha arruolato 5.047 persone con diabete di tipo 2 di diversi gruppi razziali ed etnici che stavano già assumendo metformina. I parte-

cipanti sono stati inseriti casualmente in uno dei quattro gruppi di trattamento: 3 gruppi hanno assunto metformina più un farmaco che aumentava i livelli di insulina, sitagliptin, liraglutide o glimepiride. Il quarto gruppo ha assunto metformina e insulina glargine U-100, un'insulina ad azione prolungata.

L'incidenza cumulativa di livelli di emoglobina glicata maggiori o uguali al 7% (outcome metabolico primario) è risultata significativamente differente tra i 4 gruppi; i tassi rilevati con insulina glargine (26.5 per 100 partecipanti-anno) e liraglutide (26.1 per 100 partecipanti-anno) sono risultati simili e inferiori a quelli riscontrati nel gruppo di pazienti trattati con glimepiride (30.4) e sitagliptin (38.1). Le differenze tra i gruppi rispetto a livelli di emoglobina glicata superiori al 7.5% (outcome secondario) rispecchiano quelli dell'outcome primario.

Dopo una media di quattro anni di follow-up, i partecipanti che assumevano metformina più liraglutide o insulina glargine hanno raggiunto e mantenuto i loro livelli ematici target per un tempo più lungo rispetto a sitagliptin o glimepiride. Ciò si è tradotto in circa sei mesi in più con livelli di glucosio nel sangue nell'intervallo target rispetto a sitagliptin, risultato il meno efficace nel mantenere i livelli target. Va tuttavia precisato che nessuna del-

le combinazioni ha surclassato in modo schiacciante le altre. Sebbene i livelli di glicemia siano diminuiti durante lo studio, quasi tre quarti di tutti i partecipanti non sono stati in grado di mantenere i target glicemici per quattro anni, sottolineando la difficoltà nel mantenere gli obiettivi raccomandati in molti pazienti con diabete di tipo 2. Secondo gli autori, quindi, vanno stabilite strategie ancora più efficaci per il mantenimento a lungo termine di livelli di glucosio ottimali, come la valutazione di altri interventi e combinazioni di trattamenti. Lo studio ha anche esaminato gli effetti collaterali dei farmaci, facendo emergere che:

- l'ipoglicemia grave era generalmente rara, ma interessava più partecipanti assegnati a glimepiride (2,2%);
- i sintomi gastrointestinali erano più comuni con liraglutide rispetto agli altri tre gruppi di trattamento. Inoltre, in media, in tutti i gruppi di trattamento i partecipanti hanno perso peso. In quattro anni, le persone nei bracci liraglutide e sitagliptin hanno perso più peso (una media di 7 e 4 libbre, corrispondenti a 3.2 e 1.8 kg rispettivamente) rispetto ai bracci glargine e glimepiride (meno di 2 libbre, cioè circa 1 kg).

Gli autori concludono quindi che tutti e quattro i farmaci, quando aggiunti a metformina, riducono i livelli di emoglobina glicata, ma insulina glargine e liraglutide sono significativamente, seppur modestamente, più efficaci nell'ottenere e mantenerne i livelli target.

• The GRADE Study Research Group*. Glycemia Reduction in Type 2 Diabetes - Glycemic Outcomes. *N Engl J Med* 2022; 387:1063-74.

■ NEFROLOGIA

Tecnologia digitale a supporto dei pazienti nefropatici

Nel trattamento della malattia renale cronica (MRC) la sperimentazione di KidneYou, la prima terapia digitale per la gestione della malattia, ha ricevuto il benestare del Ministero della Salute. Il parere favorevole del Ministero segue le autorizzazioni già ottenute da parte dei Comitati Etici dei centri presso cui sarà portata avanti la sperimentazione clinica: il Policlinico di Bari sotto la guida di Loreto Gesualdo (Direttore Unità Operativa di Nefrologia, Dialisi e Trapianto); il Policlinico Gemelli di Roma, sotto la supervisione di Giuseppe Grandaliano (Direttore Unità Operativa di Nefrologia); il Policlinico di Milano con la supervisione di Giuseppe Castellano (Direttore Unità Operativa di Nefrologia, Dialisi e Trapianti di Rene).

Lo scopo dello studio è valutare il miglioramento della salute nei pazienti affetti da MRC quando sono esposti a strategie terapeutiche non farmacologiche come programma nutrizionale (NP), programma di attività fisica (PA) e programma di mindfulness (MP), veicolati al paziente mediante tecnologie digitali o meno. Nel presente studio, gli interventi non farmacologici veicolati da una tecnologia digitale (braccio investigativo) saranno confrontati con un braccio di

controllo con approccio standard.

Nei pazienti randomizzati nel Gruppo A (gruppo di intervento) il programma NP sarà somministrato tramite la App KidneYou. Ciascun paziente selezionerà il menù giornaliero assegnato o le alternative proposte, seguendo le indicazioni riportate per colazione, merenda di metà mattina, pranzo, merenda pomeridiana e cena.

Allo stesso gruppo verrà somministrato il programma PA tramite App per seguire il programma di esercizio assegnato (ad es. tipo di PA consigliato, minuti di esercizio/giorno, numero di giorni/settimana, livello di intensità). Infine i soggetti del gruppo A saranno invitati a seguire attività di riduzione dello stress (MP).

Il gruppo di controllo riceverà il programma NP in forma di diario cartaceo che riporta l'intera gamma del menù giornaliero e le relative alternative necessarie per terminare il periodo di studio di 3 mesi. Analogamente, verrà fornito un diario per il programma PA, contenente l'intera gamma di esercizi necessari per terminare il periodo di studio di 3 mesi.

Uno degli scopi di KidneYou è quello di migliorare la consapevolezza del paziente sulla propria malattia in modo da aumentare la capacità individuale di reagire ad es-

sa in modo attivo e positivo.

La sperimentazione avviata nei tre centri italiani ha l'obiettivo di valutare il miglioramento delle condizioni cliniche in pazienti affetti da MRC e in trattamento non-farmacologico. Lo studio, che ha già arruolato i primi pazienti, avrà un periodo di reclutamento di 12 mesi, al termine del quale si prevede di aver arruolato 210 soggetti maggiorenni e di entrambi i sessi.

Per ogni paziente il trattamento durerà 12 settimane consecutive durante le quali sarà valutato l'impatto su alcuni parametri clinici quali la riduzione di azoturia (g/24h), l'incremento della capacità di esercizio fisico misurata con il 6MWT (6 minutes walking test) e la riduzione dello stress percepito attraverso il questionario PSS di Cohen con e senza la somministrazione di KidneYou.

“La terapia digitale applicata alle malattie cronico degenerative, tra le quali la MRC, potrebbe permettere una ottimizzazione della terapia farmacologica tradizionale che, associata all'empowerment attivo del malato, consentirebbe un miglioramento complessivo dell'assistenza sanitaria e la riduzione dei costi sociali. L'utilizzo di un software, in grado di aiutare il malato nel suo percorso di cura, attraverso una app, apre nuovi e affascinanti orizzonti terapeutici. Siamo orgogliosi di coordinare KidneYou, il primo studio sperimentale in nefrologia che prevede l'utilizzo di una terapia digitale” ha detto **Loreto Gesualdo**, Professore Ordinario di Nefrologia dell'Università degli studi di Bari Aldo Moro.

■ RICERCA

Paura: emozione legata al microbiota? Primi indizi

■ Nicola Miglino

Il microbiota intestinale potrebbe influire nella risposta emotiva a stimoli associati alla paura. Le indicazioni sembrano emergere da uno studio pubblicato di recente su *Nutrients*. Ne abbiamo parlato con Federica Scarpina, ricercatrice presso il dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino e l'Uo di Neurologia e Neuroriabilitazione, Ospedale San Giuseppe (Irccs Istituto auxologico italiano), prima firma del lavoro.

• *D.ssa Scarpina, da quale razionale e con quale obiettivo è nata la ricerca?*

L'interesse del nostro gruppo di ricerca si è focalizzato sulla relazione tra il microbiota intestinale e il funzionamento psicologico nell'obesità, una condizione clinica che appare caratterizzata da disbiosi. In particolare, ci siamo concentrati su un aspetto molto specifico e peculiare del funzionamento psicologico umano, ovvero l'abilità di riconoscere velocemente e accuratamente espressioni facciali di paura. L'interesse nasce da due motivazioni: da un lato, studi su modello animale hanno dimostrato che il microbiota influenza le reazioni di paura e la risposta allo stress. Dall'altro, il nostro gruppo di lavoro ha prodotto precedenti risultati scientifici dimostrando in individui affetti da obesità specifiche difficoltà

nell'abilità di riconoscere accuratamente espressioni facciali di paura.

• *Come avete condotto l'analisi?*

Abbiamo chiesto a un gruppo selezionato di donne affette da obesità di completare un compito sperimentale da noi sviluppato con lo scopo di valutare da un punto di vista comportamentale i livelli di accuratezza e la velocità nel riconoscere l'espressione di paura espressa da volti umani. Contestualmente, sono state analizzate le caratteristiche del microbiota intestinale, la cui analisi è stata effettuata dal gruppo di ricerca della Prof.ssa Silvia Turrone del dipartimento di Farmacia e Biotecnologie dell'Università di Bologna.

• *Che tipo di risultati avete potuto osservare?*

In primis, abbiamo confermato i dati precedenti in letteratura in merito alla disbiosi in obesità, così come la presenza di difficoltà nel processare stimoli facciali relativi all'emozione della paura. Ma i risultati più interessanti sono sicuramente quelli che rispondono alla domanda di ricerca: abbiamo osservato come la disbiosi fosse più severa proprio in quei partecipanti con maggiori difficoltà nel riconoscimento dell'emozione della paura. In particolare, questi soggetti erano caratterizzati da maggiori porzioni di Coriobacteriaceae e, specificatamente, di Collinsella, già stata associata a obesità e disturbi metabolici. Abbiamo inoltre osservato come le difficoltà nel compito sperimentale fossero associate al funzionamento degli acidi grassi a corta catena, in particolare Lachnospira e Coprococcus, e all'espressione di Akkermansia e Parabacteroides.

• *Quali conclusioni si possono trarre dai dati ottenuti?*

Si tratta del primo studio in letteratura che indaga la relazione tra il microbiota intestinale e il processamento dell'emozione della paura in obesità negli esseri umani. Questo aspetto, obbliga a essere particolarmente cauti nell'interpretazione dei risultati, da considerare come preliminari. La nostra ricerca sembra suggerire come alterazioni comportamentali nel caso di stimoli che rimandano all'emozione primaria della paura, per esempio nel caso di disturbi dello spettro ansioso o nel caso di condizioni di distress, potrebbero essere osservate in associazione a specifici pattern di espressione del microbiota intestinale. Sono necessari sicuramente approfondimenti futuri, ma questo tipo di ricerche può da un lato aumentare la nostra conoscenza in merito al funzionamento dell'individuo, e specificatamente nel caso degli eating disorders e dell'obesità, e dall'altra parte possono rappresentare una strada innovativa per lo sviluppo di approcci riabilitativi per l'obesità centrati sulla modulazione del microbiota e dei suoi effetti sulla qualità di vita.

• *Fonte: Nutrients 2022, 14(18), 3788*

■ **TERAPIA**

Tumore della prostata: nuova terapia migliora la qualità di vita

Il carcinoma prostatico è diventato il più frequente nella popolazione maschile di quasi tutti i Paesi occidentali, con un numero di nuovi casi in aumento anche grazie alle maggiori probabilità di diagnosi. Si tratta di un tumore con un forte impatto sulla vita quotidiana. Tuttavia, il trattamento con darolutamide (un inibitore del recettore degli androgeni) in associazione a terapia di deprivazione androgenica e chemioterapia con docetaxel migliora la sopravvivenza e soprattutto la qualità di vita. È questo il dato saliente che emerge dallo studio di fase III ARASENS i cui risultati sono stati presentati nel corso del congresso della European Society of Medical Oncology.

“In Italia vivono 564mila uomini con diagnosi di questa neoplasia, caratterizzata da un’elevata eterogeneità clinica, oscillando da forme a bassa aggressività e altre clinicamente importanti”, afferma il presidente AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) Saverio Cinieri. “Negli ultimi anni abbiamo ottenuto ottimi risultati in termini di riduzione della mortalità. L’impatto del tumore della prostata metastatico sulla quotidianità dei pazienti che sviluppano sintomi correlati alla malattia può essere importante. Da qui il forte bisogno clinico di terapie in grado di garan-

tire una buona qualità di vita anche negli uomini con malattia metastatica”, aggiunge.

“Per questi pazienti - , spiega Enrico Cortesi, ordinario di Oncologia all’Università La Sapienza, Policlinico Umberto I di Roma - è fondamentale individuare un trattamento che sia non solo efficace, ma permetta di svolgere in sicurezza le attività quotidiane. I nuovi risultati dello studio ARASENS confermano ulteriormente la potenzialità di darolutamide, in combinazione con la terapia ormonale e la chemioterapia, per i pazienti con tumore della prostata ormonosensibile metastatico, in una fase critica della loro vita. Questo farmaco combina in sé efficacia terapeutica e tollerabilità. Grazie alla sua struttura chimica peculiare, inibisce la crescita delle cellule di carcinoma prostatico, limitando gli effetti collaterali che impattano sulla vita quotidiana”.

Il trattamento con darolutamide in aggiunta alla terapia di deprivazione androgenica e al docetaxel ha mostrato una tendenza a ritardare il tempo di peggioramento dei sintomi fisici e del dolore correlati alla malattia nei pazienti con dolore moderato o grave al basale e un miglioramento degli endpoint rilevanti per i pazienti, rispetto a terapia di deprivazione androgenica

più docetaxel. Inoltre lo studio di fase III ARASENS ha mostrato una riduzione del 32.5% del rischio di morte e il miglioramento di tutti gli endpoint secondari particolarmente rilevanti per i pazienti, con l’intensificazione del trattamento precoce rispetto a terapia di deprivazione androgenica più docetaxel. L’obiettivo raggiunto di una migliore qualità della vita, è di particolare importanza in una malattia come la neoplasia prostatica, per la quale si deve prevedere una prognosi e una durata dei trattamenti anche di molti anni.

A febbraio 2021, l’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha approvato la rimborsabilità di darolutamide nel trattamento del carcinoma prostatico resistente alla castrazione non metastatico ad alto rischio di sviluppare malattia metastatica. Ad agosto 2022 la Food and Drug Administration (FDA) ha approvato darolutamide in associazione a docetaxel nei pazienti con tumore prostatico metastatico ormonosensibile.

BIBLIOGRAFIA

- Smith MR, et al, for the ARASENS Trial Investigators. Darolutamide and Survival in Metastatic, Hormone-Sensitive Prostate Cancer. *N Engl J Med* 2022. DOI: 10.1056/NEJMoa2119115
- Smith MR, et al. Overall survival with darolutamide versus placebo in combination with androgen-deprivation therapy and docetaxel for metastatic hormone-sensitive prostate cancer in the phase 3 ARASENS trial. *J Clin Oncol* 2022; 40: (suppl 6; abstr 13). DOI: 10.1200/JCO.2022.40.6_suppl.013

Fibrosi polmonare

Fisiopatologia clinica ed attuali strategie di trattamento

La malattia può essere secondaria all'esposizione di sostanze tossiche, asbesto, radiazioni, farmaci, malattie reumatologiche. Ad oggi le terapie disponibili possono migliorare i sintomi e rallentare la progressione

a cura di: **Pasquale De Luca**¹

con la collaborazione di: **Antonio De Luca**¹, **Immacolata Panettieri**²
Marco Sperandeo³, **Vito Sollazzo**¹, **Paride Morlino**¹, **Angelo Benvenuto**¹

► Premessa

La fibrosi polmonare è una malattia cronica e progressiva, caratterizzata dalla sostituzione del normale tessuto polmonare con tessuto fibrotico, come se una cicatrice sostituisse un tessuto sano; il tessuto dei polmoni va quindi incontro a progressivo danno strutturale da aumentato deposito di collagene e progressiva riduzione degli scambi gassosi. La ragione per la quale questa "cicatizzazione" del polmone abbia inizio è sconosciuta. La malattia può essere secondaria all'esposizione di sostanze tossiche presenti nell'aria come le polveri di silicio, fibre di asbesto, o a radiazioni, chemioterapici, farmaci come alcuni antiaritmici e antibiotici. In alternativa la fibrosi polmonare

può essere associata a malattie reumatologiche come le connettiviti, soprattutto la sclerosi sistemica, la dermatomiosite, le polimiositi, l'artrite reumatoide, la sarcoidosi. Quando non è possibile individuare la causa scatenante si parla di fibrosi polmonare idiopatica. Fra le possibili complicanze di questa patologia sono incluse l'insufficienza respiratoria, l'ipertensione polmonare secondaria, lo scompenso cardiaco destro e l'aumentato rischio di cancro ai polmoni. La fibrosi polmonare non è reversibile, ma le terapie possono rallentare la progressione della malattia e ridurne i sintomi migliorando la qualità della vita. Per la prevenzione bisogna evitare di inalare sostanze pericolose, presenti ad esempio nell'ambiente lavorativo; per lo stesso motivo non si dovrebbe fumare.

► Aspetti clinici e diagnostici

I sintomi principali della fibrosi polmonare sono la difficoltà respiratoria, l'affaticamento, la tosse secca e tutti i sintomi correlati all'eventuale malattia di base. L'entità e la rapidità

di peggioramento dei sintomi varia molto da caso a caso. I primi sintomi sono spesso ingannevoli e generici: un po' di tosse irritativa, dispnea da sforzo che progressivamente va peggiorando, stanchezza. L'auscultazione del torace evidenzia un suono molto tipico, i "crepitii a velcro distaccato", un rumore che assomiglia molto a quello prodotto da due fogli di velcro quando vengono bruscamente separati.

La diagnosi si avvale dell'esame clinico-obiettivo e delle seguenti indagini strumentali: emogasanalisi; spirometria e studio di diffusione alveolo-capillare del monossido di carbonio; Rx e TAC del torace; ecocardiogramma.

► Opzioni terapeutiche

Nessun farmaco al momento può ridurre la fibrosi polmonare o bloccare totalmente la progressione della malattia. Tuttavia alcuni trattamenti possono migliorare almeno temporaneamente i sintomi e ridurre la velocità di progressione della malattia. Altri, invece, permettono di migliorare la qualità della vita.

¹ Dipartimento Internistico Multidisciplinare - Ospedale "T. Masselli-Mascia" San Severo ASL FG

² Dipartimento Internistico - AOU Policlinico "Ospedali Riuniti" Foggia

³ Dipartimento di Scienze Mediche IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" San Giovanni Rotondo (FG)

Fra i farmaci utilizzati per il trattamento della fibrosi polmonare vi sono i corticosteroidi e l'N-acetilcisteina. Talora sono indicati farmaci soppressori del sistema immunitario come la ciclofosfamida, l'azatioprina, il micofenolato mofetile. Due farmaci antifibrotici, pirfenidone e nintedanib, si sono dimostrati utili nel rallentare la progressione della fibrosi polmonare idiopatica.

L'ossigenoterapia può migliorare la respirazione in caso di ipossiemia. Può essere prescritta 24 ore su 24 o solo durante il riposo o l'attività fisica. La riabilitazione cardio-polmonare aiuta a migliorare la qualità della vita.

In alcuni casi selezionati è indicato il trapianto di polmoni.

Un farmaco sperimentale, denominato "BI 1015550", è capace di rallentare la perdita di funzionalità polmonare nei pazienti affetti da fibrosi



polmonare idiopatica. A rilevarlo è uno studio sperimentale di fase II i cui esiti sono stati pubblicati sul *New England Journal of Medicine*; la ricerca ha coinvolto 147 pazienti divisi in due gruppi: uno trattato con il prodotto sperimentale e l'altro con un placebo. A distanza di 12 settima-

ne, è stato rilevato che i pazienti a cui era stato somministrato il placebo hanno subito un peggioramento della funzionalità polmonare, mentre nei pazienti che avevano ricevuto la nuova molecola è stato segnalato addirittura un leggero miglioramento dei parametri respiratori.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Armanios MY, et al. Telomerase mutations in families with idiopathic pulmonary fibrosis. *N Engl J Med.* 2007;356(13):1317-1326.
- Chapman HA. Epithelial-mesenchymal interactions in pulmonary fibrosis. *Annu Rev Physiol.* 2011;73:413-435.
- Daniels CE, et al. Imatinib treatment for idiopathic pulmonary fibrosis: Randomized placebo-controlled trial Results. *Am J Respir Crit Care Med.* 2010;181(6):604-610.
- King TE Jr, Pardo A et al. Idiopathic pulmonary fibrosis. *Lancet.* 2011;378(9807):1949-1961.
- Kolb MR, Gauldie J. Idiopathic pulmonary fibrosis: the matrix is the message. *Am J Respir Crit Care Med.* 2011;184(6):627-629.
- Konishi K, et al. Gene expression profiles of acute exacerbations of idiopathic pulmonary fibrosis. *Am J Respir Crit Care Med.* 2009;180(2):167-175.
- Korfei M, et al. Epithelial endoplasmic reticulum stress and apoptosis in sporadic idiopathic pulmonary fibrosis. *Am J Respir Crit Care Med.* 2008;178(8):838-846.
- Lovgren AK, et al. beta-arrestin deficiency protects against pulmonary fibrosis in mice and prevents fibroblast invasion of extracellular matrix. *Sci Transl Med.* 2011;3(74):74ra23.
- Martinez FJ, et al. The clinical course of patients with idiopathic pulmonary fibrosis. *Ann Intern Med.* 2005;142(12 pt 1):963-967.
- Meltzer EB, Noble PW. Idiopathic pulmonary fibrosis. *Orphanet J Rare Dis.* 2008;3:8.
- Noble PW. Idiopathic pulmonary fibrosis: natural history and prognosis. *Clin Chest Med.* 2006;27(1 suppl 1):S11-S16.
- Richeldi L, et al. Trial of a Preferential Phosphodiesterase 4B Inhibitor for Idiopathic Pulmonary Fibrosis. *N Engl J Med.* 2022; 386:2178-2187.
- Seibold MA, et al. A common MUC5B promoter polymorphism and pulmonary fibrosis. *N Engl J Med.* 2011;364(16):1503-1512.
- Tsakiri KD, et al. Adult-onset pulmonary fibrosis caused by mutations in telomerase. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2007;104(18):7552-7557.
- Wynn TA. Integrating mechanisms of pulmonary fibrosis. *J Exp Med.* 2011;208(7):1339-1350.
- Xia H, et al. Pathological integrin signaling enhances proliferation of primary lung fibroblasts from patients with idiopathic pulmonary fibrosis. *J Exp Med.* 2008;205(7):1659-1672.

Prevenzione CV: le indicazioni su misura in base all'età

L'argomento 'prevenzione primaria personalizzata' è stato al centro del congresso nazionale della SIPREC di Napoli: le parole d'ordine della prevenzione 3.0 sono personalizzazione, prescrizione, semplificazione. Dieta, attività fisica e un oculato impiego dei farmaci sono gli strumenti da modulare in base alle diverse fasce d'età per una prevenzione primaria di successo

Non solo la diagnosi e i trattamenti, ma anche la prevenzione deve essere sempre più di precisione e personalizzata. A cominciare dalla sua declinazione per fasce d'età. "La prevenzione - afferma il professor **Massimo Volpe**, presidente della Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare (SIPREC) - va prescritta in maniera personalizzata in tutti i suoi capitoli e per tutte le sue armi, non solo quelle farmacologiche ma anche e soprattutto quelle riguardanti gli stili di vita, *in primis* dieta e attività fisica. Per questo, una prescrizione realmente personalizzata può essere confezionata solo da un *team* di specialisti (dietologo, medico dello sport, diabetologo, psicologo, ecc) coordinato dal cardiologo. E noi siamo dei pionieri di questo approccio. Più di vent'anni fa - prosegue il presidente Volpe - abbiamo infatti avuto l'intuizione di fondare la Siprec, una società di prevenzione cardiovascolare con un approccio multidisciplinare, per affrontare i vari fattori che contribuiscono a queste malattie, dall'ipertensione, al diabete, al fumo di sigaretta, alle dislipidemie.

Anche a livello europeo c'è un network di associazioni che si occupano di prevenzione cardiovascolare.

L'ipotesi del team multidisciplinare per una prescrizione veramente personalizzata delle misure di prevenzione potrebbe oggi essere messa in atto, ad esempio, nelle 'Case della Salute' e arricchita da un controllo a distanza attraverso strumenti telematici, per essere sempre più vicini alle persone che, soprattutto nel caso della prevenzione primaria, hanno bisogno di rinforzi positivi periodici per acquisire e mantenere a lungo le buone abitudini per una vita sana. E se è vero che la prevenzione va messa in atto sin da giovanissimi, la mezz'età (40-60 anni) rappresenta l'età d'oro della prevenzione cardiovascolare primaria.

L'argomento 'prevenzione personalizzata' è stato al centro del congresso nazionale della SIPREC (Napoli, 15-17 settembre 2022) ed è stato oggetto anche di una revisione delle linee guida sulla prevenzione cardiovascolare, pubblicata dalla Siprec quest'anno. Oltre a recepire 'sulla carta' tutte le ultime evidenze dalla letteratura

scientifica, in merito ai nuovi target terapeutici per i fattori di rischio tradizionali (ipertensione, dislipidemia, diabete) e alle nuove possibilità terapeutiche, è necessario però fare un passo avanti e calare concretamente tutte queste raccomandazioni nella vita di tutti i giorni. Ecco dunque i consigli 'personalizzati' degli esperti della SIPREC e declinati per le diverse fasce d'età (giovani 20-45 anni, mezza età 45-65 anni, over 65).

► Ipertensione

"Le ultime linee guida internazionali - ricorda il professor Volpe - fanno una distinzione netta dei target pressori per la fascia d'età tra i 18 e i 65 anni (tutta l'età adulta), per gli ultra 65enni e per gli ultra 75enni; ciò significa che anche l'intensità di cura va modulata diversamente a seconda dell'età. Così, se tra i 18 e i 65 anni il nostro obiettivo terapeutico è di raggiungere valori di 130/80 mmHg, tra i 65 e i 75 anni l'obiettivo è di arrivare sotto i 140/90 mmHg (con l'ipotesi di scendere a 130/80 mmHg, se la terapia è ben tollerata). Sopra i 75 anni infine, l'obiettivo di 140/90 va gestito con la massima cautela

per quanto riguarda l'intensità delle cure. In un'ottica di semplificazione, va inoltre valorizzato l'uso di terapie di combinazione fissa (ACE-inibitori o sartani insieme a calcioantagonisti e o ad un diuretico di tipo tiazidico), cioè della polipillola".

► Dislipidemia

"Le statine - sottolinea il professore - rappresentano da anni il più importante presidio di prevenzione cardiovascolare primaria nei soggetti con dislipidemia e, in prevenzione secondaria, anche a prescindere dalla presenza di una dislipidemia, cioè di elevati livelli di colesterolo e/o trigliceridi. Il rapporto efficacia/sicurezza di questi farmaci è nettamente favorevole; una recente metanalisi del gruppo di Oxford ha infatti dimostrato che molti degli effetti collaterali attribuiti alle statine, in particolare i disturbi muscolari, non sono imputabili a questi farmaci, che dunque non andrebbero sospesi, né dal paziente, né dal medico".

► Diabete

Negli ultimi anni l'armamentario terapeutico del diabete si è arricchito di farmaci (inibitori di SGLT2 e agonisti di GLP-1) che, oltre a controllare questa condizione, hanno un effetto importante sulla prevenzione di scompenso cardiaco ed eventi cardiovascolari. Si tratta però di cure costose che vanno riservate ai soggetti che hanno un rischio cardiovascolare maggiore.

► Aspirina

"In prevenzione primaria - ricorda il professor Volpe - l'aspirina non è per tutti. Le linee guida nord-

americane per la prevenzione cardiovascolare suggeriscono un uso della terapia anti-piastrinica differenziato per fasce d'età. Questo perché il beneficio maggiore (anti-trombotico) e il rischio minore (emorragico) dell'aspirina in prevenzione primaria si ha nei soggetti tra i 50 e i 60 anni, con una possibilità di estenderla ai 40enni, in presenza di aterosclerosi periferica documentata. Sopra i 60 anni, l'uso dell'aspirina in prevenzione primaria, va valutato in base al profilo di rischio del singolo paziente e al suo rischio emorragico". E prima ancora dei farmaci, i veri 'pilastri' della prevenzione primaria sono la dieta e l'esercizio fisico.

Dieta per una prevenzione a 360 gradi

"A qualsiasi età - spiega il dottor **Roberto Volpe**, medico ricercatore dell'Unità Prevenzione e Protezione del CNR di Roma, Direttivo SIPREC - l'obiettivo principale è mantenere il giusto peso corporeo. Partendo sempre dagli alimenti tipici della dieta mediterranea, l'apporto calorico va dunque calibrato in base all'attività fisica svolta che, generalmente, decresce con l'età".

- **20-40 anni.** I soggetti fisicamente attivi in questa fascia d'età in genere non necessitano di particolari indicazioni, se non le donne in età fertile nelle quali, al fine di prevenire la carenza di ferro, va consigliato un ragionevole consumo di carne (parti magre e non processate), ma anche le fonti vegetali di questo minerale come i legumi e le verdure, con l'accortezza di accompagnarli a

cibi contenenti vitamina C, come il limone, per migliorarne l'assorbimento.

- **40-60 anni.** In questa fascia di età, il metabolismo comincia a rallentare, per cui può essere utile ridurre la quantità e la frequenza di consumo di quegli alimenti che, seppur validi dal punto di vista nutrizionale, potrebbero apportare un surplus di calorie. Ci riferiamo ai carboidrati (vanno preferiti in ogni caso, quelli integrali), i formaggi (scegliere quelli meno grassi, come la ricotta o la mozzarella vaccina), la frutta secca, l'olio che, anche se EVO, apporta pur sempre circa 100 kcal per cucchiaino.

- **>60 anni.** Oltre a ribadire e rafforzare i consigli riportati per la fascia di età 40-60 anni, a quest'età bisogna contrastare l'osteoporosi, favorendo l'apporto di calcio, che troviamo nei formaggi (da scegliere sempre quelli meno grassi), nel latte, negli yogurt e in alcune acque minerali, ma anche di vitamina D, presente oltre che nei latticini, anche nelle uova e nel pesce. Andando avanti con gli anni, va monitorato anche l'apporto proteico, per prevenire l'eccessiva perdita di massa muscolare (sarcopenia).

Esercizio fisico: non limitarsi a 'consigliarlo', ma prescriberlo come terapia

Le linee guida internazionali sulla prevenzione cardiovascolare sia primaria, che secondaria sottolineano molto l'importanza dell'attività fisica. "Purtroppo - commenta il dottor **Alessandro Biffi**, componente del consiglio direttivo

vo della Siprec, specialista in cardiologia e medicina dello sport e amministratore unico della società Medex, medical partner della scuderia Ferrari - siamo molto indietro nell'implementazione di queste linee guida perché in Italia manca la mentalità dell'attività fisica. Il prescrittore dovrebbe essere il medico specialista in medicina dello sport, anche se queste conoscenze, almeno quelle basilari, dovrebbero essere appannaggio anche del medico di famiglia e del cardiologo. Alcune Regioni, in particolare il Veneto e l'Emilia Romagna, hanno sviluppato il concetto di 'palestre della salute', anche convenzionate con le Regioni, ma nel resto del Paese c'è ancora molto da lavorare".

I tre criteri basilari da tener presenti nella prescrizione dell'attività fisica sono intensità, frequenza settimanale e durata della sessione di allenamento. Su questi tre parametri va costruita la prescrizione dell'esercizio fisico. "Per quanto riguarda frequenza settimanale e durata - ricorda il dottor Biffi - le linee guida internazionali consigliano un monte ore settimanale di attività aerobica che è stato esteso da 150-300 minuti, fino a 150-600 minuti a settimana.

Oltre all'attività aerobica, molto importante è anche l'allenamento di resistenza, quello fatto con i pesi o le trazioni o anche a corpo libero con esercizi isometrici. Importante anche migliorare la flessibilità e l'equilibrio, soprattutto nell'anziano. Nella prescrizione dell'attività fisica, insomma, è importante tener conto di tutti gli aspetti, che soprattutto nell'anziano sono fondamentali per l'auto-sufficienza e per contrastare la

sarcopenia, tipica di questa età". L'intensità va modulata con attenzione in base alle diverse fasce d'età. "Esagerare significa aumentare i rischi, anche sul versante cardiovascolare. Soprattutto i sedentari, non possono lanciarsi tout court in un programma di allenamento strenuo. Anche l'eccessiva frequenza o una durata troppo prolungata possono portare, soprattutto negli obesi e nell'anziano, ad incorrere in incidenti osteoarticolari e muscolari, che poi portano ad uno stop forzato. Una visita medica e un Ecg prima di iniziare un'attività fisica sono sempre una buona idea e li consiglierai a tutti, a prescindere dall'età".

- **20-40 anni:** possiamo essere più liberali possibili nella prescrizione, assecondando i gusti e le preferenze personali, valorizzando l'aspetto ludico. Bene dunque ciclismo, camminata a passo veloce (almeno 4 Km l'ora), jogging e corsa, canottaggio che unisce l'allenamento aerobico con quello di resistenza, facendo lavorare sia le braccia che le gambe.

- **40-60 anni:** dobbiamo cominciare a ragionare sull'intensità e scendere di livello. Le raccomandazioni sono di non superare l'85% della frequenza cardiaca massima teorica (si misura sottraendo a 220 la propria età e calcolando l'85% del numero ottenuto. Ad esempio per un cinquantenne, $220-50 = 170$, l'85% di $170 = 140-150$ che è la frequenza cardiaca al minuto da non superare). Per questo può essere d'aiuto indossare uno smartwatch o una fascia toracica per il calcolo della frequenza cardiaca. Per quanto riguarda invece l'esercizio di resi-

stenza, prescriviamo esercizi con i pesi, aumentando via via il peso (ad esempio da 5 a 10 chili) e riducendo via via le ripetute (ad esempio 5 a 2).

- **Over 60:** ottima la camminata a passo veloce, il nuoto, la cyclette, a bassa intensità.

Quali esami fare nelle diverse fasce d'età

- Tra i **20 e i 40 anni**, anche se non si hanno disturbi e non c'è familiarità per malattie cardiovascolari, è bene fare esami di primo livello e misurare fattori di rischio come la pressione, il colesterolo, la glicemia; può essere utile fare un ECG ogni 5 anni.

- Tra i **40 e i 60 anni**, lo screening dei fattori di rischio cardiovascolare è bene farlo ogni anno, associando poi esami di secondo livello, in rapporto al profilo di rischio del paziente (ad esempio un Ecg da sforzo, un eco-cardiogramma). Nei pazienti con più fattori di rischio, laddove ci sia il sospetto di un danno d'organo, si deve ricorrere ad esami più approfonditi (es. Tac coronarica). Ma tutto va gestito con giudizio e senza sprechi, partendo appunto dal profilo di rischio del paziente. No insomma ad esami di secondo livello solo per 'vedere come stanno le cose'.

- **Donne:** l'inizio di una strategia di prevenzione cardiovascolare, a prescindere dalle regole di uno stile di vita virtuoso che vanno seguite per tutta la vita, prevede un check-up cardiologico approfondito e l'eventuale uso di farmaci per la prevenzione, tra i 45 e i 55 anni.

Medico e fisioterapista: una collaborazione inter-professionale

La collaborazione tra Mmg e fisioterapista può essere preziosa per la gestione di problematiche muscolo-scheletriche invalidanti e sempre più comuni, grazie alle competenze di quest'ultimo che lo possono inserire con un preciso ruolo nel team professionale che fornisce assistenza di primo e di secondo livello

Giovanni Filocamo - *Mmg, Milano*
Luca Virgadamo - *Fisioterapista, Milano*

► Generalità

I disturbi riferiti al medico di famiglia sono di diverse tipologie. Uno studio pubblicato sull'*European Journal of Public Health* ha valutato che in Italia il 62.6% dei pazienti che si rivolgono al medico per un sintomo doloroso presenta un dolore di origine muscolo-scheletrica¹. In questa categoria rientrano artropatie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie con presenza o meno di sciatica e patologie reumatiche di diversa origine.

Secondo l'indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", realizzato annualmente dall'Istituto nazionale di statistica (Istat, 2013), l'artrosi/artrite e l'osteoporosi interessano rispettivamente il 16.4% e il 7.4% della popolazione, risultando tra le malattie o condizioni croniche più diffuse in Italia. La prevalenza di queste patologie aumenta con l'età e presenta nette differenze di genere (tra gli over 75enni, il 68.2% delle donne e il 48.7% degli uomini dichiarano di soffrire di artrosi/artrite e il 49% delle donne e l'11.1% degli uomini di osteoporosi).

Tra i pazienti del medico di fami-

glia c'è una percentuale di persone che hanno subito interventi di chirurgia ortopedica e sono affidati per il monitoraggio del quadro clinico. Altri pazienti presentano esiti di patologie neurologiche acute o sono affetti da patologie neurologiche progressive con disabilità motorie. Inoltre c'è la popolazione di pazienti geriatrici che presentano ridotta attività motoria, deficit dell'equilibrio ed aumentato rischio di cadute e traumi.

Al fianco del medico di famiglia, il quale si occupa di diagnosi e gestione della terapia farmacologica, il fisioterapista può offrire un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione della motricità nei gruppi di pazienti elencati.

In particolare dai dati emerge che in Italia il numero di impianti di protesi ortopediche è in costante aumento: più che raddoppiato in 15 anni il numero di interventi sul ginocchio e quintuplicato il numero di quelli sulla spalla. L'anca resta ancora l'articolazione più operata (56.3%) seguita da ginocchio (38.6%), spalla (3.9%), caviglia (0.3%) e altre articolazioni (0.9%)². In questo contesto il fisioterapista

e medico curante compilano il programma di trattamento riabilitativo, definendo obiettivi a breve e a lungo termine in una visione olistica che consideri tutte le variabili *bio-psico-sociali* (tabella 1). Questo concetto vuole tenere conto di quale *deficit* è presente (debolezza e/o rigidità dell'arto inferiore), di come questo deficit impatta sullo svolgimento di alcune *attività* (difficoltà a salire e scendere le scale) e di come l'alterazione di queste attività impedisca la *partecipazione* nella vita quotidiana (riduzione delle uscite dal domicilio).

► Valutazione terapeutica

Durante le sedute di trattamento il fisioterapista, specialmente in presenza di patologie diagnosticate e/o sintomi sistemici, effettua un'ispezione generale e misura i parametri vitali come pressione arteriosa, battiti per minuto, qualità dei polsi arteriosi e saturazione. Nel caso ci fossero anomalie è prezioso ed utile il contatto diretto con il medico curante che potrà apprendere il quadro clinico e valuterà se sia necessario un approfondimento diagnostico.

TABELLA 1

Obiettivi dell'intervento del fisioterapista

La valutazione e il trattamento nell'ambito della fisioterapia	
Strategia	Esempio clinico (es. osteoartrosi ginocchio)
Esclusione di "Red Flags" (campanelli d'allarme)	Ispezione generale del paziente e controllo dei parametri vitali.
Educare il paziente: <ul style="list-style-type: none"> • sui fattori di rischio modificabili • sul decorso • sui fattori prognostici positivi del disturbo 	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo del peso e massa grassa, evitare le posizioni prolungate e l'immobilità. • Informare sul possibile peggioramento del quadro radiografico ma non per forza del dolore. • Attività sportive a basso impatto: cammino con bastoni da trekking o stampelle. Utilizzo di pause e riposo durante le attività quotidiane.
Educare il paziente sull'approccio da avere rispetto al disturbo	Avere un approccio attivo e mantenere i benefici della fisioterapia con esercizio attivo autonomo.
Utilizzo di terapia manuale per ridurre rigidità articolari e accorciamenti delle catene muscolari. Migliorare la cinematica di cammino o gesti funzionali.	Tecniche manuali per il recupero della flessione ed estensione completa del ginocchio e per lo scorrimento rotuleo. Tecniche di stretching della muscolatura dell'arto inferiore. Training del passo per evitare inciampi.
Utilizzo di terapia manuale e fisica per la riduzione del sintomo doloroso	Tecniche di trazione o utilizzo di terapie strumentali per ridurre il dolore e permettere di camminare più a lungo e con corretto carico sull'arto inferiore.
Utilizzo di esercizio terapeutico per migliorare forza, equilibrio, coordinazione e tolleranza alla fatica.	Esercizi di rinforzo quadricipitale e gluteo per aumentare la stabilità degli arti inferiori ed evitare che cedano nello scendere le scale. Esercizi di equilibrio per ridurre il rischio di caduta. Esercizio aerobico con cyclette e pedaliera.
Ridurre complicanze secondarie e migliorare la qualità di vita	Riduzione immobilità e controllo di comorbidità, come diabete, dislipidemia, ipertensione arteriosa, con l'attività fisica. Aumento delle uscite di casa e del ritorno alla partecipazione (vedere persone fuori casa, uscire a fare la spesa, tornare all'attività sportiva).
Collaborare attivamente con altre figure mediche e sanitarie	Confronto con il nutrizionista ed il medico per un approccio multidisciplinare e controllo dei parametri.

• Caso 1

Il caso discusso è il paziente C.G., il quale rientrato a domicilio nelle prime giornate post- intervento di artroprotesi di ginocchio ed in precedenza sottoposto a chirurgia addominale per asportazione di K del colon, chiede un consulto fisiokinesiterapico (FKT) per effettuare la te-

rapia riabilitativa consigliata nel post operatorio. Il paziente si presenta al fisioterapista con pallore cutaneo, astenia e saturazione al 94%. In considerazione del quadro clinico, con il proprio Mmg si decidono approfondimenti diagnostici che evidenziano un quadro di anemia sideropenica da verosimile perdita, che è stata successivamente

trattata tempestivamente. Il paziente era stato trasfuso durante l'intervento, pertanto il controllo emocromocitometrico effettuato in fase di pre-dimissione a breve non aveva evidenziato alcuna alterazione. Lo stato carenziale è stato pertanto evidenziato solo dopo qualche giorno, in parte causato da una relativa mielodisplasia del paziente grande

anziano. Questo tipo di collaborazione fisioterapista-medico ha permesso di giungere ad un dialogo in breve tempo ed indirizzare subito il paziente verso il corretto iter terapeutico, che si è aggiunto all'iniziale indicazione ortopedica.

• Caso 2

Il paziente *M.R.* dopo diagnosi ortopedica di lombalgia cronica, in presenza di comorbidità tra cui dermatomiosite in trattamento cortisonico, ha ricevuto indicazione alla valutazione fisiokinesiterapica. È stato contattato il fisioterapista che ha valutato e trattato il paziente per alcune sedute, tuttavia l'assistito dopo i trattamenti previsti ha presentato un peggioramento clinico in termini di dolore e disabilità. A questo punto il team di lavoro ha impostato un approfondimento diagnostico che ha mostrato una frattura vertebrale misconosciuta.

► Collaborazione terapeutica

Nel 2015 secondo uno studio di Hurwitz et al. pubblicato sull'*European Spine Journal*, lombalgia e cervicaglia sono state classificate come quarta causa di disabilità secondo la valutazione "disability-adjusted life years" (DALYs), dopo malattie ischemiche cardiache, malattie cerebrovascolari ed infezioni del basso tratto respiratorio³. In particolare, nei casi di lombalgia e cervicaglia acuta e cronica il fisioterapista, attraverso la valutazione funzionale, esclude cause potenzialmente gravi e pericolose che potrebbero mimare il dolore muscolo-scheletrico ed individua disfunzioni di carattere articolare, muscolare, di controllo motorio e propriocettivo. Il professionista, utilizzando trattamenti secondo le linee guida internazionali più aggiornate⁴, si avvale di tecniche di terapia manuale e

manipolazioni ad alta velocità e piccola ampiezza (HVLA), esercizio terapeutico e terapie fisiche per risolvere le disfunzioni individuate.

Il vantaggio per il paziente è di essere indirizzato direttamente alla figura specializzata nel trattamento della patologia, con aumento della soddisfazione e riduzione della disabilità correlata al dolore.

► Discussione

Nei casi riportati la collaborazione delle due figure ha permesso di identificare la causa della sintomatologia e di non sprecare tempo e risorse. Il dialogo e il confronto con il medico si realizza discutendo la storia clinica del paziente, i test clinici e i trattamenti e le terapie messe in atto e i risultati ottenuti. Nella popolazione anziana si trovano spesso comorbidità come ipertensione arteriosa, dislipidemie, osteoporosi e artropatie e quadri neurologici come, per esempio, esiti di ictus, neuropatie diabetiche e Parkinsonismi.

Queste patologie possono causare complicazioni secondarie come deficit di equilibrio e sedentarietà (fino all'allettamento) che vanno ad influire sulla perdita di massa muscolare. Quest'ultima crea un circolo vizioso di ulteriore peggioramento della stabilità ed aumento del rischio di caduta e traumi. Il fisioterapista può lavorare migliorando

do i deficit di equilibrio ed aumentando la forza muscolare del paziente, in modo da prevenire o interrompere questo meccanismo.

► Conclusione

Il paziente grande anziano dev'essere controllato sui principali parametri emocromocitometrici a distanza rispetto all'intervento, soprattutto dopo i grandi interventi protesici come sostituzione protesica dell'anca.

Il fisioterapista ha acquisito professionalità e competenze che lo possono inserire con un preciso ruolo nel team professionale che fornisce assistenza di primo e di secondo livello ai pazienti afferenti alle strutture sanitarie evolute.

Il Mmg, che deve già valutare e trattare con pazienti e burocrazia, può trovare un supporto nella collaborazione con il fisioterapista specializzato nel trattamento di problematiche muscolo-scheletriche invalidanti e sempre più comuni.

La figura del fisioterapista possiede competenze da un lato complementari a quelle dell'ambito sanitario, che lavorano direttamente su ambiti di prevenzione, riabilitazione di patologie ortopediche e neurologiche e trattamento disordini muscolo-scheletrici; dall'altro, può offrire un monitoraggio dei parametri vitali e allertare il medico laddove ci fossero campanelli d'allarme.

BIBLIOGRAFIA

1. Koleva D, et al. Pain in primary care: an Italian survey. *Eur J Public Health* 2005; 15: 475-9.
2. Torre M, et al. Potenziare la qualità dei dati per migliorare la sicurezza dei pazienti. Quarto Report Riap. <https://riap.iss.it/riap/it/attivita/pubblicazioni/2017/09/28/potenziare-la-qualita-dei-dati-per-migliorare-la-sicurezza-dei-pazienti>
3. Hurwitz EL, et al. The Global Spine Care Initiative: a summary of the global burden of low back and neck pain studies. *Eur Spine J* 2018; 27(Suppl 6): 796-801.
4. Qaseem A, et al. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2017; 166: 514-30.

Rischio di frattura osteoporotica

Aggiornamento della Nota 79

Eliminato dalla rimborsabilità il ranelato di stronzio, associato a rischio di reazioni allergiche anche gravi. Inserito, sulla base di un piano terapeutico, il romosozumab, anticorpo monoclonale primo di una classe di farmaci con un nuovo meccanismo d'azione

Nicola Miglino

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 201 del 29 agosto è stato pubblicato un aggiornamento della Nota Aifa n. 79.

Le modifiche riguardano la prescrizione a carico del Ssn delle specifiche condizioni di rischio di frattura osteoporotica. In particolare, è stato inserito il romosozumab, primo di una classe di farmaci con un nuovo meccanismo d'azione ed è stato eliminato il principio attivo ranelato di stronzio, associato al rischio di reazioni allergiche anche gravi.

Il romosozumab è un anticorpo monoclonale in grado di legare la sclerostina inibendone l'azione a livello os-

seo. Questo si traduce in un aumento della mineralizzazione mediante maggiore formazione di osso e inibizione del riassorbimento.

L'efficacia antifratturativa è stata dimostrata in due differenti studi clinici randomizzati in donne postmenopausa con diversi profili di rischio, mentre altri due studi hanno fornito esiti favorevoli in una popolazione di soggetti di sesso maschile e sulla mineralizzazione ossea vs. teriparatide in una popolazione pretrattata con bisfosfonati.

Lo schema posologico prevede per il romosozumab la somministrazione mensile di 210 mg sottocute.

Studi di fase II hanno stabilito in 12 mesi la durata massima consigliabile per il trattamento, non ottenendosi per durate più prolungate significativi incrementi di mineralizzazione. Al termine di tale periodo viene raccomandato un trattamento con un farmaco anti-riassorbitivo al fine di mantenere i risultati ottenuti e ridurre il rischio di frattura.

L'analisi della letteratura disponibile autorizza al momento la prescrizione di romosozumab esclusivamente a pazienti di sesso femminile che presentino le seguenti caratteristiche:

- osteoporosi in prevenzione secondaria (>1 fratture vertebrali mo-

Prevenzione secondaria in soggetti con pregresse fratture osteoporotiche

Fratture vertebrali o di femore

Condizione	Trattamento I scelta ^a	II scelta	III scelta
1-2 fratture ^b	Alendronato (±vit.D), Risedronato, Zoledronato ^d	Denosumab ^e , Ibandronato, Raloxifene, Bazedoxifene	
≥3 fratture	Teriparatide ^g	Denosumab ^e , Zoledronato ^d	Alendronato (± vit.D), Risedronato, Ibandronato
≥1 frattura + T-score colonna o femore ^c ≤-4			
≥1 frattura + trattamento >12 mesi con prednisone o equivalenti ≥5 mg/die			
Nuova frattura vertebrale o femorale nonostante trattamento in nota 79 da almeno 1 anno			
Pazienti di sesso femminile con T-score colonna o femore <-2,5 (<-2,0 se ≥2 fratture vertebrali moderate o gravi oppure se frattura femorale nei 2 anni precedenti) + anamnesi ≥1 fratture vertebrali moderate o gravi oppure ≥2 fratture vertebrali lievi oppure frattura femorale + rischio di frattura a 10 anni (determinato con calcolatore validato) elevato ≥20% + impossibilità a seguire altri trattamenti efficaci (intolleranza, inefficacia o scadenza del periodo di impiego autorizzato)	Romosozumab ^f per max 12 mesi, seguito da farmaci anti-riassorbitivi (bisfosfonati o denosumab)		

Fratture non vertebrali e non femorali

+ T-score colonna o femore ≤ -3	Alendronato (\pm vit.D), Risedronato, Zoledronato ^d ,	Denosumab ^e , Ibandronato, Raloxifene, Bazedoxifene	
Pazienti di sesso femminile con T-score colonna o femore $< -2,5$ + anamnesi ≥ 2 fratture non vertebrali + rischio di frattura a 10 anni (determinato con calcolatore validato) elevato $\geq 20\%$ + impossibilità a seguire altri trattamenti efficaci (intolleranza, inefficacia o scadenza del periodo di impiego autorizzato)	Romozosumab ^f per max 12 mesi, seguito da farmaci antiassorbitivi (bisfosfonati o denosumab)		

Prevenzione primaria in donne in menopausa o uomini di età ≥ 50 anni a rischio elevato di frattura a causa di almeno una delle condizioni sottoelencate:

Condizione	I scelta ^a	II scelta	III scelta
Trattamento in atto o previsto per >3 mesi con prednisone equivalente ≥ 5 mg/die	Alendronato (\pm vit. D), Risedronato, Zoledronato ^d	Denosumab	
Trattamento in corso di blocco ormonale adiuvante in donne con carcinoma mammario o uomini con carcinoma prostatico	Alendronato (\pm vit. D), Risedronato, Zoledronato ^d , Denosumab ^e		
T-score colonna o femore ^c ≤ -4	Alendronato (\pm vit. D), Risedronato	Denosumab ^e , Zoledronato ^d , Ibandronato Raloxifene, Bazedoxifene	
T-score colonna o femore ^c ≤ -3 + almeno una delle seguenti condizioni: 1. Familiarità per fratture di vertebre o femore 2. Comorbidità a rischio di frattura (artrite reumatoide o altre connettiviti, diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva, malattia infiammatoria cronica intestinale, AIDS, m. di Parkinson, sclerosi multipla, grave disabilità motoria)			

^a Il passaggio dalla prima scelta del trattamento alle successive richiede la presenza di intolleranza, incapacità di assunzione corretta, effetti collaterali o controindicazioni al farmaco della classe precedente o, nel caso del teriparatide, la fine del periodo di trattamento massimo consentito. Da valutarsi la modifica della scelta terapeutica anche in caso di frattura osteoporotica vertebrale o di femore nonostante trattamenti praticati per almeno un anno con i farmaci della classe precedente.

^b Ai fini dell'applicazione della nota la diagnosi di frattura vertebrale si basa in genere sul criterio di Genant (riduzione di almeno una delle altezze vertebrali di almeno il 20%) mentre per il romozosumab - in aderenza alle caratteristiche della popolazione studiata - si attribuisce un valore decisionale diverso per le fratture lievi o per le fratture di severità moderata o grave.

^c Per l'applicazione della Nota 79, la valutazione densitometrica deve essere fatta a livello di colonna lombare e/o femore con tecnica DXA presso strutture pubbliche o convenzionate con il SSN.

^d Lo zoledronato è prescrivibile e somministrabile solo in strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

^e Per il denosumab la nota si applica su diagnosi e piano terapeutico della durata di 12 mesi, rinnovabile, da parte di medici specialisti (internista, reumatologo, geriatra, endocrinologo, ginecologo, ortopedico, nefrologo, oncologo e specialista in medicina fisica e riabilitativa), Universitari o delle Aziende Sanitarie.

^f Per il romozosumab la nota si applica (in soggetti di sesso femminile) su diagnosi e piano terapeutico fino alla durata massima di 12 mesi non rinnovabile, su prescrizione di centri ospedalieri o di medici specialisti (internista, reumatologo, endocrinologo, ginecologo, geriatra, ortopedico, fisiatra, nefrologo).

^g Per il teriparatide la nota si applica su diagnosi e piano terapeutico, della durata di 6 mesi prolungabile di ulteriori periodi di 6 mesi per non più di altre tre volte (per un totale complessivo di 24 mesi), di centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie, individuate dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano.

derate o gravi, oppure >2 fratture vertebrali lievi, oppure 2 fratture non vertebrali oppure una frattura femorale nei 2 anni precedenti) e con rischio di frattura a 10 anni (determinato con calcolatore validato) elevato: $>20\%$.

- in condizioni di impossibilità a proseguire trattamenti efficaci (intolleranza, inefficacia o scadenza

del periodo di impiego autorizzato). Per il romozosumab, la Nota si applica su diagnosi e piano terapeutico fino alla durata massima di 12 mesi, non rinnovabile, su prescrizione di centri ospedalieri o di medici specialisti (internista, reumatologo, endocrinologo, ginecologo, geriatra, ortopedico, fisiatra, nefrologo).

Tra le particolari avvertenze, la No-

ta segnala come, nonostante le premesse cliniche incoraggianti, il riscontro di un incremento non spiegato del rischio di eventi cerebrovascolari ha condotto a limitare prudenzialmente l'impiego del romozosumab escludendo i soggetti con pregressi eventi cerebrovascolari o con condizioni di rischio cardiovascolare.

Un terzetto che fa danni: obesità, diabete e nefropatia

Un argomento che attraversa la nefrologia impattando su qualità e aspettativa di vita dei pazienti nefropatici, e che è al tempo stesso causa e conseguenza di una progressiva riduzione della funzionalità renale. Se ne è discusso al 63° Congresso della Società Italiana di Nefrologia di Rimini (5-8 ottobre 2022)

L'indissolubile legame tra obesità, alimentazione e malattia renale cronica è uno dei temi al cuore del 63° Congresso della Società Italiana di Nefrologia, in corso a Rimini fino a sabato 8 ottobre. Un argomento che attraversa la nefrologia impattando su qualità e aspettativa di vita dei pazienti nefropatici, e che è al tempo stesso causa e conseguenza di una progressiva riduzione della funzionalità renale. "L'obesità - sottolinea **Piorgio Messa**, Presidente della Società Italiana di Nefrologia (SIN), già Direttore di Unità Operativa Complessa di Nefrologia, Dialisi e Trapianto Renale - Policlinico di Milano e Professore Ordinario di Nefrologia all'Università degli Studi di Milano - implica, tra l'altro, un sovraccarico di lavoro per i reni, potendo portare nel tempo a una progressiva riduzione della funzione renale globale. Inoltre, il paziente obeso è più a rischio di sviluppare diabete e ipertensione, tra le prime cause di malattia renale cronica".

L'alta incidenza di obesità fra i pazienti con MRC è dovuta al fatto che molti diabetici obesi e/o ipertesi sviluppano una nefropatia. Il diabete è infatti una delle prime cause di MRC, non solo come effetto (MRC diabetica) ma anche perché il paziente diabetico è a maggior ri-

schio di sviluppare patologie cardiovascolari ed infettive che concorrono all'aumentata morbilità renale. "Fino al 30-40 % dei pazienti diabetici sviluppa malattia renale cronica, con alcune realtà etniche, come quella afroamericana e ispanica negli US, nelle quali questa tendenza è particolarmente elevata, anche perché spesso associata ad obesità, facendo sì che la prevalenza globale della malattia renale cronica possa raggiungere o superare il 50% - continua Messa, Presidente SIN. I dati europei sono al momento moderatamente migliori, con una minore incidenza di MRC nei pazienti diabetici (circa 30-40%) e minore prevalenza di obesità. Questi dati epidemiologici suggeriscono che l'obesità sia un fattore addizionale di rischio per lo sviluppo di MRC. Non è poi da dimenticare che esistono condizioni genetiche, solo in parte definite, che concorrono a predisporre allo sviluppo di nefropatie".

► I biomarcatori della nefropatia diabetica

Nel corso del Congresso ha avuto ampio spazio il confronto sui nuovi biomarcatori della Diabetic Kidney Disease (malattia renale diabetica); allo studio ci sono diversi biomarker diagnostici e prognostici, predittivi del tipo di evolu-

zione della MRC, che potranno aggiungersi ai marcatori usati ormai di routine, apportando maggiore specificità e predittività degli eventi renali. Più precisa è la diagnosi, più affidabile la previsione prognostica.

La correlazione obesità - malattia renale cronica è dovuta, ancora, all'effetto di alcuni farmaci che vengono usati nella terapia, come i cortisonici, e alla riduzione di attività fisica dovuta all'aumento di peso, nonché all'emergere di fattori clinici e metabolici che possono sopraggiungere e influire negativamente.

L'obesità ha un impatto negativo anche sulla salute dei pazienti che hanno avuto un trapianto di rene. Fra essi, infatti, la percentuale di obesi è piuttosto alta a causa della somministrazione della terapia steroidea, e del recupero dell'appetito, accompagnato dalla volontà di partecipare a occasioni sociali e conviviali, dopo la fase di malattia prolungata. Ma l'obesità incide fortemente sulla sopravvivenza dell'organo trapiantato, mettendo sotto stress l'unico rene, già sotto attacco immunologico continuo. La risposta alle malattie renali non può prescindere, dunque, da una sana alimentazione e da stili di vita corretti.



NUTRIENTI e SUPPLEMENTI

INFORMAZIONE QUALIFICATA DA FONTI QUALIFICATE



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



INTEGRATORI E SPORT: QUANDO, QUALI E CON CHE OBIETTIVI



STEATOSI EPATICA NEI PAZIENTI CELIACI: I RISCHI DEI PRODOTTI DIETOTERAPICI



BENEFICI DEI MULTIVITAMINICI SUL DECLINO COGNITIVO: NUOVI DATI USA

Integratori e sport: quando, quali e con che obiettivi

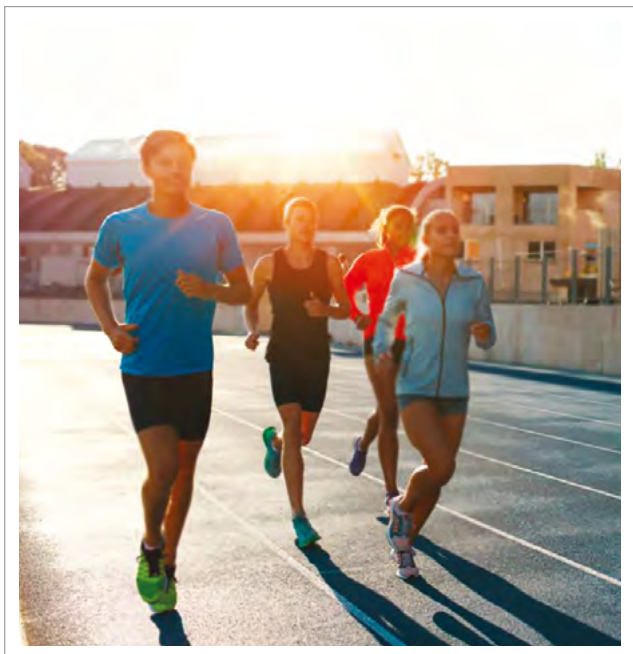
■ Attenta analisi antropometrica, ematochimica, ormonale, dello stato di idratazione e di forza e potenza muscolari. Da qui, una strategia nutrizionale mirata, anche con l'impiego di integratori, ma solo se supportati da evidenze scientifiche e con l'obiettivo di fornire un aiuto per allenamenti e gara e non certo di marcare la differenza nella prestazione. Questo l'inquadramento di un piano di nutrizione e supplementazione per uno sportivo, secondo **Fabrizio Angelini**, presidente Sinseb (Società italiana nutrizione sport e benessere) e responsabile Fc Juventus per l'area nutrizione, intervenuto sull'argomento a Bologna, nel corso del recente congresso nazionale Sinut (Società italiana di nutraceutica).

► **Prof. Angelini, quali sono, a suo giudizio, i passaggi chiave nella valutazione dell'atleta prima di intraprendere un piano dietetico?**

Prima di redigere un piano nutrizionale e di supplementazione per un atleta, sia esso amatore o professionista,

deve essere eseguita un'accurata analisi dello stato di salute che deve comprendere, innanzitutto, una valutazione ematochimica della funzione renale ed epatica,





nonché dello stato emopoietico e ormonale, con particolare riferimento alle funzioni tiroidea, gonadica e surrenalica. A questo, vanno aggiunte una valutazione antropometrica volta a stabilire le percentuali di massa grassa e massa grasso priva tramite un'indagine statica che può essere affidata a metodiche semplici, quali circonferenze e plicometria o complesse, quali DEXA-RM, e una dinamica dello stato muscolare tramite bioimpedenziometria con vettoriale e/o adipometria. Necessarie, ancora, una valutazione dello stato di idratazione tramite, per esempio, sistemi che valutino lo stato di osmolarità attraverso la saliva e un'indagine sulle abitudini nutrizionali sul piano di allenamento. Se l'atleta è donna, non si può prescindere dall'analisi di regolarità, qualità e quantità del ciclo mestruale e, in tutti gli atleti, della funzione intestinale.

► **Quali obiettivi è ragionevole porsi attraverso un percorso di supplementazione?**

Il piano nutrizionale può essere integrato da una supplementazione personalizzato volta sicuramente a integrare eventuali carenze ematochimiche emerse dagli esami come, per esempio, una mancanza di ferro. L'utilizzo dei supplementi, sia nel pre che nel post workout, si è però rivelato necessario e utile sia per l'ottimizzazione, per esempio, della composizione

corporea, sia per il miglioramento delle prestazioni aerobiche e della forza e potenza muscolari e per combattere i processi infiammatori derivanti da esercizi fisici ad alta intensità e ripetuti nel tempo. I prodotti che rientrano nella categoria alimenti sportivi o supplementi/integratori sportivi possono, pertanto, essere utilizzati per supportare le prestazioni prima, durante e dopo l'allenamento e la competizione o per migliorare aspetti dell'adattamento all'allenamento, del recupero, della funzione immunitaria e/o della salute generale dell'atleta.

► **L'assunzione di un integratore può fare la differenza tra una vittoria e una sconfitta?**

Mi sembra una visione riduttiva che pone l'alimento e/o il supplemento come protagonista di una buona performance se non addirittura di un successo dell'atleta, sovrastimando l'aspetto nutrizionale rispetto ad altre componenti in grado di incidere sulla performance sportiva quali la predisposizione genetica intrinseca alle caratteristiche atletiche, le molte ore di allenamento ben strutturato, un'alimentazione di base appropriata, sonno e recupero adeguati e, naturalmente, buona salute fisica e mentale generale. Tuttavia, se si tiene conto di tutte queste variabili, potrebbe esserci un ruolo per gli alimenti per lo sport e gli integratori alimentari nell'allenamento e nella routine di competizione di un atleta.

► **Qual è la sua esperienza sul campo rispetto all'uso degli integratori in ambito sportivo?**

Vengono proposti molti supplementi, soprattutto esaltandone gli effetti con claim pubblicitari che inducono a pensare a un ruolo nella possibilità di migliorare o addirittura determinare la performance. La prescrizione di un integratore dovrebbe avere alla base una solida evidenza scientifica, come, per esempio, nel caso di creatina, beta-alanina, nitrati, caffeina, soprattutto in relazione alla loro possibile azione ergogenica sulla prestazione.

Consigliare o meglio prescrivere un supplemento a un atleta illudendolo che lo stesso migliorerà le sue capacità prestantive è, infatti, una pratica frequente nel mondo dello sport, esasperata da claim pubblicitari o professionisti che si ergono a protagonisti della prestazione, tralasciando un semplice presupposto, ovvero che i veri artefici del risultato non sono i nutrizionisti con i loro supplementi ma gli atleti.

Steatosi epatica nei pazienti celiaci: i rischi dei prodotti dietoterapici

■ Recentemente è stato segnalato un aumento del rischio di steatosi epatica non alcolica in pazienti con celiachia, costretti a seguire una dieta priva di glutine. Principale indiziata, la composizione nutrizionale degli alimenti senza glutine confezionati. Ipotesi, però, non sufficientemente indagata. Un utile contributo al tema arriva da uno studio di alcuni ricercatori bolognesi pubblicato su *Nutrients*. Ne abbiamo parlato con **Francesco Tovoli**, del dipartimento di Scienze mediche e chirurgiche dell'Università di Bologna e coordinatore dello studio.

► Prof. Tovoli, su quali basi è nata l'idea di questa ricerca?

I prodotti dietoterapici senza glutine hanno rivoluzionato l'alimentazione dei pazienti celiaci, consentendo una riduzione delle problematiche nella gestione della dieta aglutinata grazie alle loro sempre maggiori diffusione e palatabilità. Diversi studi in vari Paesi hanno mostrato che la loro composizione nutrizionale è caratterizzata da un maggiore contenuto di lipidi e carboidrati e un minore tenore di fibre rispetto ai corrispettivi prodotti contenenti glutine. Per questo motivo, tali prodotti vengono spesso ritenuti i principali indiziati del maggior rischio di sindrome metabolica e steatosi epatica riscontrato nei pazienti celiaci dopo l'inizio della dieta senza glutine. Tuttavia, il reale nesso tra questi prodotti e le alterazioni metaboliche non era mai stato indagato, contribuendo a generare incertezze e timori.

► Com'è stato condotto lo studio?

Lo studio è stato svolto coinvolgendo attivamente i pazienti con malattia celiaca che vediamo settimanalmente presso i nostri ambulatori. A tutti coloro che fossero in dieta aglutinata stretta da almeno sei mesi è stato somministrato un questionario ed effettuata un'ecografia per verificare se fosse presente steatosi epatica. Il questionario era di rapida compilazione e chiedeva informazioni sul consumo di nove diverse categorie di prodotti senza glutine: farine, pane e prodotti da forno, pasta, cereali per la colazione, biscotti e torte per la colazione, snack dolci, snack salati, cibi pronti dolci, cibi pronti salati. È stato calcolato un punteggio che misurava il consumo complessivo di prodotti dietoterapici senza glutine e diversi punteggi per le singole categorie. Abbiamo infine verificato se i punteggi fossero di-

versi tra i pazienti con e senza steatosi epatica, una volta tenuto conto dei fattori di confondimento.

► Quali risultati avete potuto osservare?

Prima di tutto, abbiamo notato come si confermasse un dato già evidenziato in un nostro precedente studio, cioè la presenza di steatosi epatica in un discreto numero di pazienti con celiachia a dieta, pari a circa il 30%, senza risparmio dei magri e dei giovani. La presenza di steatosi epatica era correlata a un più alto punteggio globale del questionario, indipendentemente dai classici fattori di rischio come sovrappeso, diabete, colesterolo, trigliceridi. Alti consumi di tre categorie di prodotti erano particolarmente associati alla presenza di steatosi: pane e prodotti da forno, cibi pronti salati e cibi pronti dolci.

► Quali conclusioni se ne possono trarre nella pratica clinica?

I prodotti dietoterapici senza glutine non devono essere demonizzati come categoria in toto, ma bisogna prestare attenzione alle quantità introdotte nell'alimentazione quotidiana perché consumi troppo alti possono portare a steatosi epatica. Nel caso di alcuni specifici cibi, questa tendenza è particolarmente elevata e pertanto il loro consumo va monitorato con più attenzione. Il nostro studio può fornire ai colleghi che seguono pazienti celiaci un rapido metodo per verificare quali avviare a una più approfondita valutazione nutrizionale per ridurre il rischio.



Fonte: *Hepatic steatosis in patients with celiac disease: the role of packaged gluten-free foods; Nutrients 2022, 14(14), 2942.*

Benefici dei multivitaminici sul declino cognitivo: nuovi dati Usa

■ L'assunzione quotidiana di integratori multivitaminici (Mvm) per tre anni sembra in grado di migliorare la funzione cognitiva e rallentare l'invecchiamento negli anziani. A sostenerlo, i risultati di uno studio osservazionale, pubblicato di recente su *Alzheimer's & Dementia: the journal of the Alzheimer's association* condotto da un gruppo di ricercatori americani della facoltà di Medicina dell'Università Wake Forest, del Brigham and women's hospital di Boston e della scuola di Medicina dell'Università di Harvard.

Si tratta del Cosmos-Mind, parte del più ampio studio clinico Cosmos, nato per valutare gli effetti dell'assunzione giornaliera di un estratto di cacao e/o di un multivitaminico sugli esiti cardiovascolari e tumorali in più di 21 mila adulti, di età pari o superiore a 60 anni.

Di questi, 2.262 sono stati arruolati nel Cosmos-Mind, assegnati in modo casuale a ricevere sia Mvm che estratto di cacao (571 persone), Mvm più placebo di cacao (551 persone), estratto di cacao e placebo di Mvm (553 persone) o placebo di entrambi (587 persone).

L'estratto conteneva 500 mg di flavanoli del cacao, inclusi 80 mg di epicatechine, modeste quantità di teobromina (50 mg/giorno) e caffeina (15 mg/giorno).

Una batteria di test cognitivi è stata realizzata a inizio studio e ogni anno, per tre anni.

I risultati hanno mostrato che l'integrazione con l'estratto di cacao non ha avuto alcun effetto significativo sul punteggio globale ottenuto dai test cognitivi, diversamente da quanto osservato per il multivitaminico, in particolare tra coloro che presentavano una storia di malattie cardiovascolari. In termini squisitamente numerici, l'assunzione quotidiana dell'integratore ha determinato un rallentamento dell'invecchiamento di 1,8 anni, pari al 60 per cento, rispetto al placebo.

"Questo è il primo studio su larga scala e a lungo termine a dimostrare che l'integrazione multivitaminica-minerale negli anziani può rallentare l'invecchiamento cognitivo", ha commentato **Maria C. Carrillo**, dell'Alzheimer's association. "Si tratta di dati incoraggianti, anche se non ci consentono ancora di fornire raccomandazioni certe sull'impiego dei multivitaminici per ridurre il rischio di demenza negli anziani. Il nostro è uno studio di tipo osservazionale e servono trial di conferma in popolazioni più ampie e diversificate. Per ora e fino a quando non ci saranno più dati a disposizione, suggeriamo sempre di discutere con il proprio medico dei rischi e delle opportunità connessi all'impiego di integratori. La sensazione è che il futuro ci riserverà più armi per disegnare strategie integrate di riduzione del rischio in grado di affiancarsi a elementi chiave dello stile di vita quali dieta e attività fisica".



Fonte: *Effects of cocoa extract and a multivitamin on cognitive function: a randomized clinical trial; Alzheimers Dement. 2022 Sep 14.*

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