

**5 VERSO IL 75° CONGRESSO FIMMG METIS**

Obiettivo: Active Ageing

**7 CONTRIBUTI**

Oliveti: Il medico, la tecnologia e il tempo clinico

**8 FNOMCEO**

Anelli: "Scriviamo insieme la Magna Carta della professione"

**SI APRE IL DIALOGO  
CON IL MEF**

**VERSO NUOVI  
INVESTIMENTI  
NELLA MEDICINA  
GENERALE**

**am**  
**AVVENIRE  
MEDICO**

IL MENSILE DELLA FIMMG  
NUMERO 3 - 2018 ANNO LVI

**FIMMG**  
Federazione Italiana Medici di Famiglia

## DIALOGO CON IL MEF

### Apertura al dialogo con il MEF: indispensabile per nuovi investimenti nella prossima legge di bilancio

L'incontro tra Silvestro Scotti e Massimo Garavaglia, sottosegretario al Ministero dell'Economia e delle Finanze, rappresenta una novità nelle relazioni sindacali della Medicina Generale.

Poter agire già nella prossima legge di bilancio con misure che promuovano investimenti nell'area della Medicina Generale, quali meccanismi di decontribuzione e di defiscalizzazione mirata all'iniziativa professionale diretta del medico di famiglia, permetterebbe di dare ossigeno alla nostra area che non ha visto negli ultimi 10 anni nessun intervento strutturale significativo e allo stesso tempo potrebbe ridurre anche il carico di costi sul FSN.

Facilitare équipe multiprofessionali, grazie all'assunzione di personale e all'acquisizione di strumentazioni tecnologiche, può rendere gli studi dei medici di famiglia veri presidi di salute per i cittadini, soprattutto anziani e cronici, che possono così trovare, nella struttura organizzata del proprio medico di famiglia, risposte diagnostiche attualmente disponibili solo altrove. Ci riferiamo soprattutto alla telemedicina in tutte le sue forme, dalla telediagnostica al teleconsulto, che può portare un intervento sanitario a chi ne ha bisogno facendo muovere le informazioni e non le persone.

Pensiamo non sia sfuggito a nessuno come la FIMMG si sia posta come autorevole interlocutore su politiche di sviluppo nel settore delle tecnologie per la salute e dei sistemi gestionali e come, potendo dotare ogni studio medico di personale e di infermiere, si possa generare un numero considerevole di nuovi posti lavoro, circa 100.000 in tutto il Paese, fuori dai costi del Fondo sanitario nazionale.

Sarà necessario inoltre introdurre facilitazioni per l'accesso a un credito privilegiato per tutti i giovani che nel prossimo accelerato turnover diventeranno medici di famiglia, rendendo l'avvio di una attività professionale, così sviluppata con personale e tecnologie, non un costo unico ingestibile nelle fasi iniziali di carriera, ma un costo distribuito su tutto l'arco della vita professionale, in sinergia tra l'altro con le iniziative dell'ENPAM, il nostro Ente previdenziale di cui il Ministero dell'Economia e delle Finanze è soggetto vigilante, che vanno in questo senso. Sono questi i temi sul tavolo e le ragioni che ci hanno spinto all'apertura di dialogo con il MEF e ad una fase nuova dell'interlocuzione sindacale.

#### IL MENSILE DELLA FIMMG



Fondato nel 1963  
da Giovanni Turziani  
e Alberto Rigattieri

Piazza G. Marconi 25  
00144 Roma  
TEL 06.54896625  
FAX 06.54896645  
[www.fimmg.org](http://www.fimmg.org)

**Direttore responsabile**  
Fiorenzo Corti

**Comitato di redazione**  
Esecutivo nazionale Fimmg

**Coordinamento editoriale**  
Eva Antoniotti

**Hanno collaborato**  
Daniele Angioini,  
Lucia Auriemma,  
Lucia Conti,  
Bruno Cristiano,  
Ester Maragò,  
Stefano A. Nobili,  
Alberto Olivetti,  
Giovanni Rodriguez,  
Pietro Scalera,  
Amedeo Schipani

**Progetto grafico e impaginazione**



Edizioni Health Communication

**Editore**  
Edizioni Health Communication  
Via V. Carpaccio 18  
00147 Roma  
[i.celli@hcom.it](mailto:i.celli@hcom.it)  
TEL 06.59.44.61

**Stampa**  
Union Printing - Viterbo

Registrazione al Tribunale di Bologna n. 7381 del 19/11/2003

Sped. in abb. postale  
D.L. 353/2003  
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)  
art. 1, comma 1, dcb Roma  
Finito di stampare  
nel mese di luglio 2018

# OBIETTIVO: ACTIVE AGEING

Si svolgerà dal 1° al 6 ottobre prossimi, negli spazi del Complesso di Chia Laguna (Domus de Maria - Cagliari), il 75° Congresso nazionale Fimmg Metis, che quest'anno vedrà anche il rinnovo degli organismi dirigenti nazionali del sindacato



**Al centro del dibattito** congressuale, che si articolerà come di consueto in sedute plenarie, workshop e seminari a tema, uno degli aspetti più innovativi dell'attività della Medicina Generale: la possibilità di intervenire per garantire alle persone un migliore Active Ageing, ovvero le condizioni per affrontare in condizioni attive e produttive gli anni "d'argento".

È nell'esperienza di tutti, e in particolare dei medici di famiglia, la consapevolezza che l'allungarsi della vita media non sempre coincide con la conquista di un maggior numero di anni da vivere in maniera serena, attiva e autonoma. E questo, oltre a rappresentare un problema individuale e familiare, si profila come uno dei grandi problemi sanitari del futuro.

Come ha scritto l'OMS: "Siamo di fronte al più grande cambiamento demografico mai accaduto prima d'ora nella storia. L'invecchiamento globale della popolazione comporterà richieste sociali ed economiche alle quali bisognerà fare fronte. Mantenere la popolazione attiva è dunque una necessità non un lusso".

A partire da questa analisi, l'OMS ha messo a punto un vero e proprio piano strategico, che si chiama proprio **Active Ageing**, con lo scopo di creare le condizioni per un "invecchiamento attivo" molto prima del raggiungimento dell'età anziana. "Salute, Partecipazione e Sicurezza delle persone anziane" sono i tre pilastri del programma. Lo scopo è sostituire le politiche che considerano le

**OMS:**  
"Siamo di fronte al più grande cambiamento demografico mai accaduto prima d'ora nella storia"

persone anziane come soggetti passivi, con politiche che riconoscano ad ognuno il diritto e la responsabilità di avere un ruolo attivo e partecipare alla vita della comunità in ogni fase della vita, compresa l'età anziana.

La Medicina Generale, anche in Italia, può dare un contributo decisivo a creare le condizioni per conquistare un reale Active Ageing, sempre che si sviluppino gli strumenti organizzativi, diagnostici

e prescrittivi a sua disposizione. In particolare, la conoscenza e la vicinanza con le persone, consente ai medici di MG di intervenire per tempo per il miglioramento degli stili di vita e, in seguito, per una gestione efficace, capillare e razionale nella cura delle patologie croniche e delle comorbidità.

Per conoscere il programma dettagliato dei lavori congressuali, consultare il sito [fimmg.org](http://fimmg.org).

## PRIVACY

### BUONI RISULTATI CON NETMEDICAPRIVACY

Come annunciato sul numero scorso di *Avvenire Medico*, dove abbiamo pubblicato in dettaglio tutte le informazioni a riguardo, il 25 maggio scorso è entrato in vigore il nuovo Regolamento Europeo in materia di pro-

tezione dei dati personali (GDPR - *General Data Protection Regulation*), che attribuisce più autonomia ma anche maggiori responsabilità ai titolari del trattamento dei dati, ovvero anche ai medici famiglia.

Fimmg per supportare i mmg in questi adempimenti, ha definito un accordo con NetMedica Italia, sul cui portale è possibile accedere a **NetMedicaPrivacy**, che consente l'analisi dei profili di sicurezza e l'adeguamento alle disposizioni del Regolamento.

I risultati sono positivi e incoraggianti: attualmente sono oltre 5mila i mmg che hanno aderito a NetMedicaPrivacy, con punte in Campania (903), Puglia (721), Lazio (636) e Sicilia (520).





# IL MEDICO, LA TECNOLOGIA E IL TEMPO CLINICO

Il tempo clinico è quanto ci vuole per far diagnosi e cura in rapporto all'evoluzione biologica della malattia, ma è anche tempo di quella relazione flessibile e duttile, che è la condizione necessaria a far sì che la scelta terapeutica sia appropriata e accettata. Senza questo tempo, non c'è medicina

**Alberto Oliveti**  
Presidente  
Fondazione Enpam



**“Parlo forse di astrofisica io? Parlo forse di biologia? Io non parlo di cose che non conosco.”** Così un esasperato **Nanni Moretti** contro chi critica il suo film.

Se collegata al tema delle vaccinazioni, è un'affermazione piuttosto attuale e solo all'apparenza scontata. Suggerisce infatti una riflessione più profonda sul parlare, sulla comunicazione partecipativa (chi è legittimato a parlare di determinati argomenti), sulle “cose” (ognuno ha un proprio mondo di cose, a cui dare valore e senso, e l'Internet delle cose - IoT - è un effetto della digitalizzazione) e sulla conoscenza (madre delle competenze e innata predisposizione a capire).

Mi riferisco, insomma, alla mediazione tecnica e professionale ai tempi dell'“infosfera” e dell'interconnessione “onlife”, citando il filosofo Luciano Floridi.

L'innovazione tecnologica sta sollevando prepotentemente il tema della mediazione del professionista, che viene messa

tanto in discussione almeno quanto per certi versi viene anche rimpianta.

Ma nel campo della cura, per esempio, l'intelligenza artificiale potrà essere uno straordinario amplificatore delle capacità mediche, al punto che possiamo incominciare a chiamarla piuttosto intelligenza amplificata. Difficilmente però potrà sostituire l'empatia tra medico e paziente, quello straordinario rapporto tra umani fondato sulla fiducia reciproca, centrato sul riconoscimento della competenza e sull'esigenza di una decisione condivisa.

Credo che la mediazione del medico e la condivisione della cura con il paziente si possa rappresentare efficacemente come un elastico, con il suo limite di tensione, più ci si avvicina a questo punto più l'elastico perde la sua caratteristica peculiare, la flessibilità appunto. Certo, se l'elastico si rompe, lo si può anche sostituire con una corda, ma non sarà lo stesso.

Ebbene, il rapporto che si instaura tra il medico e il paziente è l'espressione di un'elasticità relazionale, che origina dal bisogno di aiuto e dal riconoscimento di un'autorevolezza professionale.

Le possibilità applicative delle nuove tecnologie restano straordinarie, come l'utilizzo in campo medico di blockchain, per garantire fiducia negli scambi della rete, con dati certificati, decentralizzati, visibili a tutti gli autorizzati e non manomissibili. Pensiamo alla filiera del farmaco, all'attendibilità della ricerca scientifica, alle cartelle cliniche, alla ricetta e alla certificazione, solo per citare alcuni possibili ambiti applicativi delle blockchain.

Tuttavia, nessuna visione di miglioramento potrà prescindere dal “fattore umano”, dal rapporto tra chi soffre e chi prova a dargli aiuto.

Ben vengano, insomma, le possibilità legate all'utilizzo dell'intelligenza artificiale come il super computer di Ibm Watson - celebre per aver “battuto” un team di esperti nell'identificare un tumore - le nuove app per la sanità digitale come Babylon Health, o le blockchain. Ma non si deve dimenticare che il tempo clinico è quanto ci vuole per far diagnosi e cura in rapporto all'evoluzione biologica della malattia, ma è anche tempo di quella relazione flessibile e duttile, che è la condizione necessaria a far sì che la scelta terapeutica sia appropriata e accettata.

Questo tempo non può essere condizionato da fattori “altri”, di efficienza industriale o amministrativa.

Attenzione quindi che l'innovazione tecnologica non porti a una medicina dei tempi e delle ragioni aziendalistiche e che si passi dalla blockchain a una “clockchain”.

Senza tempo clinico non c'è medicina artificiale o amministrata che tenga.



## ANELLI: “SCRIVIAMO INSIEME LA MAGNA CARTA DELLA PROFESSIONE”

Ester Maragò

L'appuntamento è per l'autunno del 2019, attraverso un lungo percorso che coinvolga tutta la professione e tutta la società civile. L'obiettivo è scrivere un documento che proponga una rifondazione della medicina e difenda il ruolo del medico quale garante della stabilità del sistema democratico, mettendolo al riparo da aggressioni, violenze e fake news

“Un documento storico, una Magna Carta della professione medica e odontoiatrica, scritta dai medici insieme a tutta la società civile come rifondazione della medicina e della professione”.

Sarà questo l'obiettivo finale degli Stati Generali della professione medica e odontoiatrica, indetti per il 2019, indicato dal presidente della Fnomceo, **Filippo Anelli** ai 106 Presidenti degli Ordini dei Medici territoriali, riuniti in occasione del Consiglio nazionale del 6 luglio a Roma. Un'occasione per una chiamata all'unità che il presidente della Fnomceo ha rivolto a tutte le forze professionali e della società civile in difesa dell'identità del medico.

**Aggressioni, violenze, fake news che pretendono di sostituirsi alle evidenze scientifiche, stanno infatti mettendo a repentaglio il suo ruolo di garante della stabilità del sistema democratico.** Un ruolo che per Anelli “va recuperato riappropriandosi della libertà, dell'autono-



**Filippo Anelli**,  
presidente della  
Fnomceo

## Gli “amici alpini” per proteggere la guardia medica

**Utilizzare le risorse della società civile per contrastare la violenza contro i medici, in particolare contro le sedi di guardia medica. Da questa idea è nato l'accordo tra l'Ordine dei medici di Pordenone e l'Associazione nazionale degli alpini, che può essere un modello da riprendere anche in altre realtà**



mia, dell'indipendenza e della dignità che in questi ultimi anni la professione ha perso”.

“Viviamo in un mondo in cui il sapere è illusoriamente alla portata di tutti – ha spiegato Anelli – in cui un accesso a Google vale più di 10 anni di studio e in cui il medico non è più punto di riferimento in materia di salute, ma un tecnico o un burocrate passacarte su cui scaricare le frustrazioni per i malfunzionamenti del servizio sanitario. Non è un caso che medici e insegnanti siano accomunati nel triste primato delle aggressioni: all'interno di due sistemi in profonda crisi come la scuola e la sanità sono due professioni sviliate che diventano facile capro espiatorio di cittadini arrabbiati”.

**È quindi in primis una battaglia culturale quella che la Fnomceo si impegna a intraprendere** “al di là delle cause organizzative e strutturali contingenti”.

“Dobbiamo pretendere che vengano messe in sicurezza tutte le sedi di continuità assistenziale, a tutela dei medici e degli stessi cittadini – ha detto – dobbiamo esigere che vengano rispettate le normative sulla sicurezza. Ma quei medici che vengono lasciati soli in sedi fatiscenti sono il simbolo di una condizione generale che accomuna tutta la nostra categoria. Quei medici della notte siamo noi. E finché continueremo ad essere sviliti, colpiti nella nostra dignità, vessati da carichi burocratici che ci impediscono di fare il nostro lavoro, costretti a svolgerlo in strutture spesso indecorose, mal organizzate e con croniche carenze di personale. Ecco, finché continuerà questa situazione continueremo ad essere soli, ad essere esposti alle aggressioni”.

**Ma da dove partiranno i medici italiani per riscrivere le regole della loro professione?** Sono sei le macroaree individuate da una Commissione ad hoc al lavoro da aprile, dopo l'indizione degli Stati Generali, nel Consiglio nazionale del 24 marzo scorso: i cambiamenti e le crisi; i rapporti del medico rispettivamente con la società, con l'economia, con la scienza, con il lavoro; la medicina e il medico verso il futuro.

“Il primo punto, dedicato ai cambiamenti, ha a che fare con questioni sovrastrutturali, con la medicina amministrata, cioè il tentativo di superare il medico ippocratico e sostituirlo con un medico burocratizzato, proceduralizzato, un esecutore di procedure – ha spiegato Anelli -. Ma ha a che fare anche con questioni strutturali, dalle quali dipendono la maggior parte dei nostri problemi di legittimazione sociale, compresi i fenomeni del contenzioso legale e della crescente sfiducia nei confronti della nostra professione da molti considerata poco adeguata alle complessità di un cittadino

**“Le conseguenze delle aggressioni, fisiche o verbali**, perpetrate ai danni dei colleghi e delle colleghe di guardia medica sono pesantissime, in termini di danni alla salute psicofisica e di demotivazione. Per questo, lo scorso novembre, il Consiglio dell'Ordine ha deciso di intervenire e ha messo in campo questo progetto, che presto potrà essere esteso ad altre province”. Così spiega l'iniziativa **Guido Lucchini**, presidente dell'Ordine dei medici di Pordenone.

Due ex alpini volontari di ‘scorta’ ad ogni guardia medica impegnata nel turno di notte, come deterrente contro

aggressioni e violenze. Così si realizzerà il progetto “Amico alpino accompagnami”, che, messo a punto dall'Ordine dei Medici di Pordenone in collaborazione con la sezione provinciale dell'Associazione nazionale degli Alpini, approvata dagli esperti di risk management della ASI e condivisa dal Prefetto, dal Questore e dai Comandanti dei Carabinieri e della Guardia di Finanza, è stata presentata alla fine di giugno.

Un'iniziativa che attraverso Guido Marinoni, del Comitato Centrale Fnomceo, verrà portata ai tavoli attivati presso il ministero della Salute per la preparazione di nuovi progetti di legge. **“Abbiamo chiesto al Ministro della Salute on. Giulia Grillo** di voler riattivare al più presto l'Osservatorio per la sicurezza degli Operatori sanitari, che aveva avviato, attraverso le Regioni e i Nas, un percorso di monitoraggio delle sedi, oltre che di approfondimento del fenomeno - afferma il presidente della Fnomceo, **Filippo Anelli** -. Con la stessa urgenza dovrebbe, a nostro avviso, essere affrontata la riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale, per consentire a tutti i medici di poter operare in condizioni di sicurezza, senza trovarsi da soli ad affrontare situazioni che vanno ben oltre l'assolvimento dei loro compiti sanitari e che mettono a rischio la loro incolumità e quella dei pazienti”.



**Dobbiamo pretendere che vengano messe in sicurezza tutte le sedi di continuità assistenziale, a tutela dei medici e degli stessi cittadini, dobbiamo esigere che vengano rispettate le normative sulla sicurezza**

che da paziente è diventato una persona che rivendica i suoi diritti”.

Tutto questo, parte e si riverserà anche sul Codice deontologico. E proprio su questo, ha spiegato Anelli, sta lavorando l'Ordine di Trento guidato da **Marco Ioppi** sollecitato dalle “provocazioni” di **Ivan Cavicchi**.

**Anelli ha poi puntato i riflettori sul nuovo ruolo che investe la medicina nella società:** “Oggi la medicina non è più confinata alla sfera tecnico-scientifica ma investe aspetti sociali, politici, culturali – ha ricordato – inoltre la visione della medicina è sempre più una visione eco-bio-sociale in cui nella causalità delle malattie si considerano i fattori di rischio biologico, gli stili di vita individuali, l'ambiente, i fattori socio-economici e psicosociali che agiscono non in maniera lineare. Nonostante il mutato rapporto, il medico è quindi l'unico e indispensabile mediatore tra i bisogni di salute del paziente e l'accesso ai servizi di diagnosi e cura, perché in un contesto così complesso il ragio-

namento clinico non può appiattirsi sull'applicazione di una linea guida quasi fosse un algoritmo implementato da un computer”.

Soprattutto per Anelli è necessario “riconoscere alla professione maggiore autonomia non solo clinica, ma anche organizzativa e gestionale”, dando ai medici e agli altri operatori sanitari la possibilità di gestire le risorse, “modulando il loro impegno in ragione degli obiettivi di salute”.

**Snodo cruciale è poi quello del lavoro:** “Se non cambia anche la sanità non cambia; ripensare il lavoro significa tante cose, in primis ripensare il ruolo giuridico del medico”.

Infine uno sguardo al futuro: “Se vogliamo salvare il medico ippocratico dobbiamo avere il coraggio intellettuale di distinguere quello che va da quello che non va. Se ammettiamo al futuro ciò che non va, abbiamo perso la nostra battaglia e la professione diventerà quella che noi non vogliamo e che al malato e a questa società non serve”.

# LA MEDICINA GENERALE IN CLOUD

**Alessandro Dabbene** lavora a Giaveno, un piccolo comune in provincia di Torino, in una valle collaterale alla Val di Susa. È medico di famiglia, ma anche medico di Continuità Assistenziale ed è stato tra i promotori di un modello innovativo: una rete in cloud che permette a diversi medici di avere, con il loro consenso, informazioni sui pazienti che si trovano davanti.

**Dottor Dabbene, quando si è iscritto a Medicina pensava di fare il medico di famiglia?**

No, in realtà pensavo di fare il ricercatore. Ma appena sono entrato in un reparto ho cambiato idea e ho capito che avrei preferito fare clinica e non ricerca. Quando ho capito che la mia laurea poteva servire a curare la gente non ho avuto dubbi. Più avanti, ho scoperto la Medicina Generale facendo sostituzioni perché non c'era ancora il tirocinio per l'esame di Stato, e l'ho scelta senza alcun dubbio.

**È ancora convinto di aver fatto bene?**  
Assolutamente sì.

**Nelle vostre valli state realizzando un esperimento molto interessante, utilizzando il cloud. Può descriverlo?**

Nel nostro distretto, che comprende la Val Susa e la Val Sangone, dal mese di giugno siamo completamente in rete, 24 ore al giorno e sette giorni su sette. I medici di famiglia hanno messo in cloud le cartelle cliniche dei pazienti, previo consenso, e le quattro sedi di Continuità Assistenziale possono accedere alle informazioni, nei giorni festivi e nelle ore notturne, reinviando in tempo reale al medico di famiglia ciò che è stato fatto per quel paziente, creando di fatto una circolarità delle informazioni.

**Sperimentare la condivisione telematica nelle valli piemontesi. I pazienti si sentono presi in carico e i medici aderiscono quasi al 100%. Un'esperienza avanzata in una realtà "laterale"**

A cura di **Eva Antoniotti**

**Lei è un medico giovane e digitale. Come hanno accolto i colleghi più anziani questo progetto?**

Abbiamo creato un team di medici giovani per aiutare tutti nella fase iniziale del progetto. Fatto questo, l'adesione è stata enorme, quasi del 100%, forte tra i medici di famiglia quanto tra quelli della Continuità Assistenziale. Certamente ha aiutato il fatto che fosse un progetto remunerato, ma le uniche perplessità rilevate sono state riguardo alla privacy. **Avete già dei riscontri, sebbene il progetto sia attivo da poco tempo?**

Nel mio doppio ruolo di medico di famiglia e di medico di Continuità Assistenziale, ho già avuto modo di provarne l'utilità da entrambi i punti di vista. Mi è capitato in C.A. un paziente che chiedeva la prescrizione di un farmaco, soggetto a restrizioni prescrittive, ma non era in grado di dire perché gli fosse necessario: tramite la cartella clinica condivisa ho potuto verificare l'appropriatezza di questo farmaco e il fatto che la persona fosse senza scorte e quindi l'ho prescritto. Non è forse un dato eclatante dal punto di vista scientifico, ma è stato un modo per rispondere alle esigenze del paziente. Dal punto di vista del medico di famiglia mi è capitato già che i pazienti arrivassero da me dopo un episodio che li aveva portati alla C.A. e il fatto che io ne fossi già a conoscenza li ha

rassicurati e mi ha consentito di procedere con maggiore facilità e coerenza. Credo che in entrambi i casi il paziente si sentisse maggiormente preso in carico.

**Fino ad oggi le cose andavano diversamente per i pazienti.**

Capitava che domandassero se conoscevamo già la loro storia, magari le loro allergie. Ma noi dovevamo smentirli, dire

## La rete in Valsusa Valsangone

**Dal 20 giugno 2018 il Distretto Valsusa Valsangone è in rete 24 ore al giorno, 7 giorni su 7: 80 medici di famiglia e 30 di**

**continuità assistenziale possono condividere, tramite un sistema in cloud, le informazioni sanitarie relative ai pazienti che ne danno esplicito consenso quando si recano da un medico che non li conosce. In particolare nel**



## Malati fragili in agopuntura e medicina integrata: a Milano Congresso Internazionale



che non eravamo ancora così avanti.... Forse in un lontano futuro.... Invece ora possiamo mostrare che è possibile farlo. **Tra i pazienti nessuno ha mostrato perplessità riguardo all'idea che i propri dati sanitari siano condivisi?**

In una prima fase della sperimentazione, coloro che avevano negato il consenso avevano chiesto di "poterne parlare" con il proprio medico di famiglia. E questo dice molto sul rapporto di fiducia con il proprio medico.

**Sembra tutto molto semplice e positivo. Perché allora una soluzione simile non si estende nella Regione e magari nel Paese?**

Tra i pochi che ne hanno sentito parlare credo che ci sia qualche resistenza poiché il cloud che utilizziamo, legato a NetmedicaItalia, non è governabile dalla pubblica amministrazione ma dai medici. Però penso che sia difficile che un progetto simile possa essere proposto dall'alto, piuttosto credo che si possa realizzare dal basso, con una proposta ferma da parte dei medici, come abbiamo fatto noi.

**Voi come avete fatto a realizzarla?**

Abbiamo discusso tra colleghi per un anno e poi, una volta decisa, l'abbiamo realizzata in pochi mesi. Credo che l'abitudine dei medici di famiglia a governarsi autonomamente, a organizzare i propri ambulatori, gestire i collaboratori, insomma la loro capacità imprenditoriale abbia fatto la reale differenza. Quindi per diffonderla ci vuole questa stessa logica. Autogestita.



**Il 22 e 23 settembre prossimi si terrà a Milano il Congresso Internazionale ALMA (Associazione Lombarda Medici Agopuntori) - AGOM (Agopuntura nel Mondo) 2018", nella cornice di Palazzo Castiglioni a Corso Venezia, dedicato a Malati fragili in agopuntura e medicina integrata. Verranno presentate letture magistrali di Franco Berrino (Direttore dell'Unità di Epidemiologia dell'Istituto dei Tumori di Milano), Yair Maimon (Direttore del Centro di ricerca oncologica integrativa, Sheba Hospital, Israel), Jun J. Mao (Direttore del Centro di Medicina Integrata del Memorial Sloan Kettering Cancer Center di New York), Konstantina Theodoratu (Presidente ICMART Consiglio Internazionale di Agopuntura Medica e Tecniche correlate), Carlo Moiraghi (Presidente ALMA) e Paola Poli (Presidente AGOM e Direttore Corsi ALMA).**

**Nel contesto congressuale verrà sviluppato il concetto di fragilità, inteso come "condizione di una persona, generalmente anziana, con problemi di salute, che ha perso le capacità funzionali e sta subendo un declino del suo stato psico-fisico", alla luce dell'approccio attraverso l'agopuntura e la medicina integrata.**

**Per iscrizioni [www.agopuntura-alma.it](http://www.agopuntura-alma.it)**

distretto sono state create cinque reti di cui fanno parte i medici di famiglia e di guardia della medesima équipe territoriale.

Il progetto, sperimentato dal 2015 in altre sedi dell'ASL TO3 a seguito di delibera aziendale, è stato scelto dai medici di medicina generale del Distretto Valsusa Valsangone come progetto distrettuale per gli anni 2017 - 2018, durante i quali si sono succeduti momenti di informazione e formazione, fino a sessioni più operative per l'installazione degli applicativi e la creazione delle reti. Infine il 20 giugno, con l'approvazione del protocollo per la gestione degli aspetti relativi alla privacy, è stato dato il via libera all'uso, ancora sperimentale, del sistema.

L'utilizzo più immediato è quello che permette ai medici di medicina generale della notte e del week end, ovvero i medici di continuità assistenziale, di reperire preziose informazioni relative al paziente che hanno di fronte e di

inviare al medico di famiglia, tramite la stessa cartella, gli esiti della visita. Ma la rete è pronta ad essere utilizzata anche per seguire i pazienti negli accessi alle Case della Salute del Distretto e potrà essere predisposta per mettere in contatto i medici di famiglia con gli specialisti ambulatoriali, nell'ambito di specifici percorsi per le patologie croniche.

Il progetto, chiamato "Rete Valsusa Valsangone", è stato interamente disegnato, coordinato e realizzato dai medici di medicina generale dell'UCAD, dai referenti di équipe e da alcuni medici di continuità assistenziale, con l'avvallo del direttore di distretto, ottenendo un'adesione che si avvicina al 100%. La prossima sfida è ora testare sul campo questa nuova tecnologia e valutarne l'efficacia, i vantaggi e le criticità, in modo da affinare, tramite la continuità informativa, la continuità delle cure rivolte ai cittadini delle valli.



# LA CONTINUITÀ DELLE CURE RIDUCE IL TASSO DI MORTALITÀ?

Una questione chiave per la Medicina Generale, affrontata in un recente articolo sulla prestigiosa rivista *BMJ Open*, ripropone anche il tema fondamentale della scelta della professione di medico di famiglia da parte dei colleghi più giovani



## L'articolo

Il 28 giugno del 2018 esce un articolo sulla rivista *BMJ Open* dal titolo *Continuity of care with doctors - a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality*. In questa pubblicazione viene per la prima volta eseguita una revisione sistematica su questo argomento. Come è possibile che in tutti questi anni non sia mai stato fatto un reale lavoro di quantificazione dell'impatto sulla salute della continuità delle cure? Eppure, chiunque si occupi di Medicina Generale conosce a fondo quanto la possibilità di seguire un paziente per gran parte della sua vita sia quasi una caratteristica unica ed esclusiva del medico di famiglia.

**Daniele Angioni**  
medico di Medicina Generale  
referente Area Scientifica Fimmg  
Formazione

cesso il paziente può andare incontro ad incremento della costanza e della quantità delle attenzioni mediche, proprio per un aumento dell'apprensione da parte del clinico nei confronti di condizioni di salute in peggioramento; questo significa che analizzando il dato decontestualizzato potrebbe risultare come pazienti che abbiano visto un aumento della continuità delle cure tendano paradossalmente a sopravvivere meno;

4) pazienti con condizioni cliniche critiche possono decidere di interrompere o dilazionare il rapporto con il proprio mmg per avvicinarsi a luoghi dove è possibile avere maggiore assistenza da parte di specialisti o del proprio caregiver;

5) l'eterogeneità dello stato di salute, delle patologie, delle misure della mortalità e la mancanza di standardizzazione della continuità delle cure all'interno dei sistemi sanitari di un paese e tra i vari paesi rendono particolarmente complesso eseguire studi rappresentativi;

6) non essendo un argomento ampiamente approfondito in letteratura, va considerato il rischio di incorrere in un publication bias: potrebbe esserci la tendenza a pubblicare su riviste solamente gli studi che hanno dimostrato efficacia del modello a scapito di quelli che, non avendo dato risultati, sono rimasti non pubblicati. La raccolta di questi studi potrebbe quindi rappresentare solo un aspetto parziale.

## Come quantificare "l'impalpabile"?

Come viene spiegato nell'articolo, quantificare la relazione tra continuità delle cure e riduzione della mortalità nei pazienti non è semplice:

1) eseguire trial facendo delle randomizzazioni (RCTs) in contesti caratterizzati da relazioni umane preesistenti di lunga data (a volte di decine di anni) appare spesso non etico e talvolta del tutto impraticabile;

2) gli studi osservazionali hanno limiti impliciti, tra i quali va considerato il time-dependent bias: non tutti i pazienti vivono gli stessi anni dall'inizio stabilito dello studio, ed alcuni tendono a sopravvivere più a lungo di altri, maturando una maggiore opportunità di continuità delle cure, motivo per cui andrebbero misurati mortalità e continuità su più periodi di tempo separati;

3) investigare la continuità delle cure può aprire verso errori di causalità inversa; per esempio, nella fase che precede un de-



**Dietro alla ipotizzata efficacia del modello di cure continuative esiste un razionale ben definito: il medico tende ad accumulare nel tempo una conoscenza personalizzata che può poi utilizzare per una consultazione clinica adatta allo specifico paziente**

## Una domanda fondamentale: perché medici di famiglia?



*Cosa spinge un medico neabilitato a tentare il concorso per diventare medico di famiglia? Cosa spinge un neolaureato a chiudere le porte dell'emulazione nei confronti di tutto ciò che era stato osservato durante il percorso universitario per dedicarsi a questa professione? Cosa spinge il ragazzo che frequentava le scuole superiori e che vedeva nel medico delle serie tv americane un sogno da raggiungere, a mettere da parte ciò che considerava una carriera di successo?*

Quello che ci deve spingere non è il brivido di gestire un paziente in stato di emergenza, non è neanche la possibilità di salvare la vita ad un paziente tramite un delicato intervento chirurgico, come non può essere la soddisfazione di fare diagnosi di una malattia rara.

## Il razionale dietro le difficoltà degli studi

Dietro alla ipotizzata efficacia del modello di cure continuative esiste un razionale ben definito: il medico tende ad accumulare nel tempo una conoscenza personalizzata che può poi utilizzare per una consultazione clinica adatta allo specifico paziente. Inoltre, soggetti che hanno la possibilità di usufruire di cure costanti nel tempo tenderebbero a manifestare soddisfazione maggiore nei confronti del servizio, a fronte di una migliore promozione della salute, una maggiore aderenza alle terapie ed una probabile riduzione delle ospedalizzazioni.

## Il punto della questione

Viste queste premesse e visto il razionale, la domanda è: un modello basato su contatti ripetuti tra paziente e medico (continuità delle cure) riduce il tasso di mortalità?

## Risultati dello studio

Tenendo in considerazione alcuni tra i principali bias, su 22 studi, l'81,8% hanno dimostrato una riduzione statisticamente significativa della mortalità in relazione ad un incremento della continuità delle cure. Di questi 22 studi, il 72,7% consideravano la mortalità da ogni causa.

Storicamente, la continuità delle cure è stata considerata una caratteristica tipica della Medicina Generale. L'articolo del BMJ sembrerebbe evidenziare come il modello di continuità delle cure tenda ad associarsi ad un ridotto tasso di mortalità, non solo nelle cure primarie, ma anche in ambiti specialistici, così come in ambito psichiatrico e chirurgico.

Quello che deve spingere un medico a scegliere questa strada è la ferma consapevolezza che nulla ha un impatto così grande come qualcosa che viene perpetrato e mantenuto nel tempo in maniera costante. Esattamente allo stesso modo, la costanza delle cure, "la tenacia delle cure", rappresentano quella continuità dell'assistenza che si identifica come il vero punto di forza della Medicina Generale.

In matematica la costante è una grandezza che non varia al variare della grandezza con cui tale entità è in relazione. Allo stesso modo l'assistenza che il Medico di Medicina Generale garantisce al proprio paziente rappresenta un punto cardine nei confronti della mutevole complessità clinica del proprio assistito, in grado di impattare pesantemente sulla qualità e sulla quantità della vita.



# LA FORMAZIONE IN MG GUARDA AL FUTURO



**Far parte del sindacato maggiormente rappresentativo della categoria è un valore aggiunto in questo percorso, perché consente di collegare le iniziative della Fimmg, che attraverso l'Acn definisce i compiti della professione, con la formazione dei nuovi medici che vivranno il futuro della professione**

Si è svolto il 7 luglio scorso, a Bergamo, un incontro tra medici iscritti alla Fimmg che si occupano dei Corsi di formazione in Medicina Generale. Un primo incontro non istituzionale, preparato in poche settimane e per questo limitato a rappresentanti delle Regioni settentrionali, cui si sono aggiunte Toscana e Lazio. Ma la prospettiva è quella di dare vita ad un Coordinamento nazionale dei formatori Fimmg, probabilmente utilizzando le giornate congressuali del prossimo ottobre.

L'incontro di Bergamo, cui hanno partecipato una ventina di medici, ha intanto messo sul tavolo problemi e prospettive per i CFSGM, Corsi di formazione specifica in Medicina Generale, ovvero il percorso che in tre anni forma i futuri medici di famiglia.

"L'obiettivo - spiega Romano Paduano, formatore in Friuli Venezia Giulia - è quello di rendere più omogenei i Corsi offerti dalle diverse Regioni, che attualmente, fatta salva una base minima comune, sono assai differenti tra loro sia in termini di contenuti che in termini organizzativi. Valorizzare le migliori esperienze già compiute e utilizzarle come modello anche per altre realtà può contribuire ad elevare complessivamente la qualità della formazione, superando

il paradosso per cui percorsi formativi definiti a livello regionale, e anche molto diversi tra loro, generano un titolo che ha un riconoscimento europeo".

Far parte del sindacato maggiormente rappresentativo della categoria è un valore aggiunto in questo percorso, perché consente di collegare le iniziative della Fimmg, che attraverso l'Acn definisce i compiti della professione, con la formazione dei nuovi medici che vivranno il futuro della professione

"Dobbiamo sforzarci di insegnare quello che serve per il futuro, non quello che abbiamo sempre fatto - sottolinea Paduano. - Se la prospettiva è la medicina di gruppo, dobbiamo inserire nel percorso formativo gli strumenti che consentano ai giovani medici di arrivare pronti a questo modello organizzativo. Anche per questo è importante che i Corsi restino nelle mani di chi questa professione la svolge, difendendone la qualità e la specifica dimensione, non trasferibile nelle aule universitarie".

In attesa del Congresso nazionale Fimmg Metis di ottobre, i partecipanti alla riunione di Bergamo stanno creando un web community attraverso la quale far circolare materiali e documenti per avviare la riflessione sul tema e confrontare le diverse realtà regionali.

## Gravidanza: un prelievo può prevedere la nascita prematura

Un nuovo esame del sangue rileva con un'accuratezza del 75-80% se le gravidanze si potranno concludere con un parto prematuro. L'esame può anche essere utilizzato, in modo affidabile e meno costoso dell'ecografia, per stimare l'età gestazionale del feto o la data del parto. Sviluppato dai ricercatori della Stanford University, il test potrebbe aiutare a ridurre i problemi legati alla nascita prematura, che colpisce ogni anno 15 milioni di bambini in tutto il mondo. Fino ad ora, mancava un modo affidabile per predire l'eventuale conclusione prematura delle gravidanze, soprattutto in contesti caratterizzati da risorse economiche limitate. Il test misura l'attività dei geni materni, placentari e fetali valutando i livelli ematici materni di RNA libero. Sono stati utilizzati campioni di sangue raccolti durante la gravidanza, per identificare quali geni fornissero segnali attendibili sull'età gestazionale e sul rischio di prematurità. "Pochi geni sono predittivi di quali donne sono a rischio di parto prematuro", dice Mads Melbye, visiting professor a Stanford e CEO dello Statens Serum Institute di Copenhagen. Il parto prematuro, che avviene almeno tre settimane prima del termine previsto, colpisce il 9% delle nascite negli USA, dove è la più grande causa di mortalità infantile ed è la maggior causa di morte prima dei 5 anni tra i bambini di tutto il mondo. Nel passato, i migliori test disponibili per prevedere la nascita prematura erano utilizzati solo in donne ad alto rischio, come quelle che avevano già partorito prematuramente ed erano attendibili solo nel 20% dei casi. Occorrono metodi migliori per misurare l'età gestazionale: i ginecologi usano l'ecografia nel primo trimestre di gravidanza per stimare la data del parto, ma l'ecografia fornisce informazioni meno affidabili man mano che la gravidanza pro-

gredisce, rendendola meno utile per le donne che non ricevono un'assistenza prenatale precoce. Gli ultrasuoni richiedono anche attrezzature costose e medici addestrati, non presenti in gran parte dei paesi in via di sviluppo. Al contrario, i ricercatori prevedono che il nuovo esame del sangue sarà semplice ed economico, in modo da poter essere utilizzato in ambienti con risorse limitate. Il **test sull'età gestazionale** è stato sviluppato studiando una coorte di 31 donne danesi alle quali è stato effettuato un prelievo ematico settimanalmente durante la loro gravidanza. Tutte le donne hanno avuto gravidanze a termine. Sono stati utilizzati campioni di sangue da 21 di loro per costruire un modello statistico, che ha identificato nove RNA prodotte dalla placenta e ha validato il modello, utilizzando campioni delle restanti 10 donne. Le stime dell'età gestazionale, fornite da questo modello, erano accurate nel 45% delle volte, valore paragonabile al 48% di accuratezza delle stime legate all'ecografia del primo trimestre. Misurare l'RNA libero cellulare, presente nel sangue delle madri gravide, potrebbe anche fornire una grande quantità di nuove informazioni sulla crescita del feto e dire molto sullo sviluppo del feto in una gravidanza normale. Per capire come **prevedere la nascita pretermine**, i ricercatori hanno, invece, utilizzato campioni di sangue di 38 donne americane a rischio di parto prematuro, perché avevano già presentato contrazioni precoci o avevano dato alla luce precedentemente un bambino prematuro. A queste donne è stato prelevato un campione di sangue durante il secondo o il terzo trimestre di gravidanza: 13 donne hanno avuto un parto prematuro e 25 a termine.

*Materials provided by Stanford Medicine, June 2018.*

## Fumo e diabete legati a calcificazioni cerebrali

**La demenza è un grave problema di salute pubblica che colpisce decine di milioni di persone in tutto il mondo. Un obiettivo della ricerca sulla demenza è l'ippocampo, struttura cerebrale deputata alla conservazione della memoria a breve e a lungo termine. I ricercatori hanno ipotizzato che le calcificazioni ippocampali possano essere correlati a problemi vascolari che potrebbero contribuire alla degenerazione dell'ippocampo e al successivo deterioramento cognitivo. Tuttavia, la ricerca pubblicata sull'associazione tra calcificazioni ippocampali e deterioramento cognitivo è ancora scarsa. "Sappiamo che le calcificazioni nell'ippocampo sono comuni, soprattutto con l'aumentare dell'età", dice Esther J.M. de Brouwer, geriatra del Centro medico universitario di Utrecht, Paesi Bassi. "Tuttavia, non sapevamo se le calcificazioni nell'ippocampo fossero legate a un'alterazione nella funzione cognitiva". I progressi nella diagnostica per immagini hanno offerto l'opportunità di esplorare il ruolo delle calcificazioni ippocampali nella demenza. Lo sviluppo di scansioni TC cerebrali multiplanari ha permesso una migliore distinzione tra calcificazioni ippocampali e calcificazioni nelle strutture cerebrali vicine come il plesso coroideo. Una scansione TC multiplanare consente di vedere l'ippocampo in diversi piani anatomici, ad esempio, dall'alto verso il basso, da destra a sinistra e dalla parte anteriore a quella posteriore. Prima delle scansioni TC multiplanari, le calcificazioni dell'ippocampo erano spesso scambiate per calcificazioni del plesso coroideo: con**

## Alti livelli di vitamina D legati a minori concentrazioni di colesterolo nei bambini

Esiste un legame tra alti livelli sierici di vitamina D e bassi livelli di colesterolo plasmatico nei bambini delle scuole primarie, secondo una recente ricerca dell'Università della Finlandia orientale. Bambini con livelli sierici di 25(OH) D superiori a 80 nmol/l, presentavano un colesterolo LDL più basso rispetto a bambini i cui livelli sierici di 25(OH) D erano inferiori a 50 nmol/l, spesso considerata come soglia della vitamina D. La 25(OH) D è la principale forma cir-



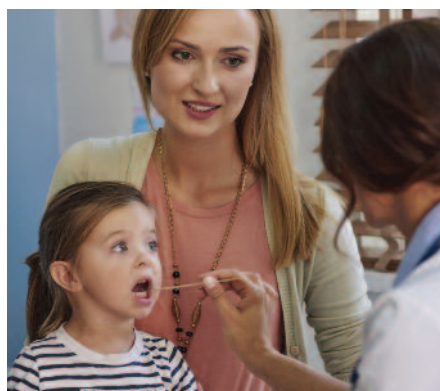
colante di vitamina D ed è nota per essere essenziale nel metabolismo osseo: bassi livelli sierici di 25(OH) D aumentano il rischio di rachitismo, osteomalacia e osteopenia. La vitamina D può anche migliorare i livelli plasmatici dei lipidi e avere un impatto positivo su altri fattori di rischio cardiovascolari. Tuttavia, le prove su questi ultimi effetti della vitamina D sono ancora scarse e parzialmente contrastanti, quindi non sono una base sufficiente per fornire

le scansioni TC multiplanari, le calcificazioni dell'ippocampo si distinguono meglio dalle calcificazioni in altre aree. Lo studio olandese comprendeva 1.991 pazienti, età media 78 anni, seguiti dalla "Clinica della Memoria" di Utrecht tra il 2009 e il 2015. I pazienti erano sottoposti a test cognitivi e TC cerebrali, analizzate per presenza e/o gravità delle calcificazioni ippocampali. Dei 1.991 pazienti, 380 (19,1%) presentavano calcificazioni ippocampali. L'età avanzata, il diabete e il fumo erano associati a un aumentato rischio di calcificazioni. Secondo i ricercatori, il fumo e il diabete sono fattori di rischio per le calcificazioni dell'ippocampo che in un recente lavoro riguardante l'istopatologia cerebrale, sono risultate una manifestazione di malattia vascolare. E ben noto che fumo e diabete siano fattori di rischio per le malattie cardiovascolari ed è quindi probabile che fumo e diabete siano fattori di rischio per le calcificazioni ippocampali. I ricercatori non hanno però notato alcun legame tra la presenza delle calcificazioni ippocampali e la gravità della funzione cognitiva; una scoperta sorprendente, spiegata dal fatto che l'ippocampo è costituito da diversi strati ed è quindi possibile che le calcificazioni non avessero danneggiato la struttura dell'ippocampo, importante per la conservazione della memoria. Un'altra spiegazione potrebbe essere la selezione dei pazienti partecipanti allo studio, che provenivano tutti da una "Clinica della memoria", struttura geriatrica avanzata. Esther J. M. de Brouwer et al. *Radiology*, 2018; 172588.

“  
Secondo i ricercatori, il fumo e il diabete sono fattori di rischio per le calcificazioni dell'ippocampo che in un recente lavoro riguardante l'istopatologia cerebrale, sono risultate una manifestazione di malattia vascolare

## Rimozione di tonsille e adenoidi associata a malattie respiratorie, allergiche e infettive

Tonsillectomia e adenoidectomia sono associate a rischi a lungo termine di malattie respiratorie, allergiche e infettive, secondo i ricercatori della Melbourne e della Copenhagen University, che hanno esaminato per la prima volta gli effetti nel tempo di questi interventi chirurgici. Essi suggeriscono, quindi, una nuova valutazione delle alternative a questi comuni interventi pediatrici come la tonsillectomia, per trattare la tonsillite cronica e l'adenoidectomia per il trattamento delle infezioni ricorrenti dell'orecchio medio. Le adenoidi e le tonsille sono posizionate strategicamente nel naso e nella gola rispettivamente come prima linea di difesa e aiutano a riconoscere i patogeni aerei come batteri e virus, iniziando la risposta immunitaria di difesa. Lo studio ha analizzato i dati sanitari di 1.189.061 bambini danesi nati tra il 1979 e il 1999, seguiti da 10 a 30 anni: 17.460 erano stati sottoposti ad adenoidectomia, 11.830 a tonsillectomia e 31.377 ad adenotonsillectomia. "Abbiamo calcolato i rischi di malattia a seconda che le adenoidi, le tonsille o entrambe fossero rimosse nei primi 9 anni di vita perché questo è il momento in cui questi tessuti



sono più attivi in un sistema immunitario in via di sviluppo", dicono i ricercatori. I risultati: la tonsillectomia era associata a un rischio relativo quasi triplicato (rischio per chi era operato rispetto a chi non era operato), per malattie respiratorie come asma, influenza, polmonite e BPCO (bronchite cronica ed enfisema). Il rischio assoluto era del 18,61%. L'adenoidectomia è risultata collegata a un rischio relativo più che raddoppiato di BPCO e a un rischio relativo quasi raddoppiato di malattie del tratto respiratorio superiore. Il rischio assoluto era quasi raddoppiato per malattie delle vie respiratorie superiori, ma corrispondeva a un piccolo aumento per la BPCO, poiché questa è una condizione più rara nella popolazione generale. "L'associazione di tonsillectomia e malattie respiratorie in età avanzata può quindi essere considerevole per chi è stato operato", continuano i ricercatori. Riguardo altri end-point, l'adenoidectomia era associata a un rischio significativamente ridotto di disturbi del sonno e tutti gli interventi chirurgici erano correlati a un rischio significativamente ridotto di tonsillite acuta e cronica. Dopo adenotonsillectomia, il rischio relativo aumentava di quattro o cinque volte l'otite media e anche la sinusite ha mostrato un aumento significativo. I ricercatori fanno notare che ci sarà sempre la necessità di rimuovere le tonsille e le adenoidi in situazioni gravi; in ogni caso i risultati osservati mostrano un aumento dei rischi a lungo termine dopo l'intervento chirurgico, il che porta a dire che l'intervento sia da valutare molto attentamente, in quanto tonsille e adenoidi aiutano il normale sviluppo del sistema immunitario durante l'infanzia. Sean G. Byars et al. *JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 2018.

raccomandazioni. Lo stile di vita, comprendente dieta sana, attività fisica e tempo trascorso all'aperto per permettere la produzione di vitamina D endogena, può essere collegato, come detto, sia a livelli più elevati di vitamina D nel siero che a bassi livelli plasmatici di colesterolo. I ricercatori hanno inoltre scoperto che il legame tra livelli più elevati di vitamina D nel siero e bassi livelli plasmatici di colesterolo era indipendente dall'adipe corporeo, dai fattori dietetici,

dall'attività fisica, dall'educazione dei genitori e dalla lunghezza del giorno, in termini di luce solare, prima del prelievo di sangue. Inoltre, i fattori ereditari, in precedenza collegati ai livelli sierici di vitamina D, non hanno modificato l'associazione osservata. Le nuove scoperte forniscono supporto all'importanza di seguire le raccomandazioni per l'assunzione di vitamina D, che variano da paese a paese. Le più importanti fonti alimentari di vitamina D sono

“  
I fattori ereditari, in precedenza collegati ai livelli sierici di vitamina D, non hanno modificato l'associazione osservata

i prodotti fortificati con vitamina D, come i latticini-caseari e il pesce. Oltre all'apporto dietetico, l'uso di integratori a base di vitamina D è raccomandato anche per la popolazione generale anche se varia molto nei diversi paesi (200-2000 UI/die) a seconda dell'età e di altri fattori, come la presenza di osteopenia e osteoporosi. Sonja Soininen et al. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2018.

# IL LIMONE: TERAPEUTICO FIN DALL'ANTICHITÀ



Originario dell'Asia, probabilmente dell'India orientale, del nord della Birmania e della Cina. Furono gli Arabi che nel corso della loro espansione e delle loro conquiste introdussero il limone in Spagna ed in Italia

**Il limone** (denominazione scientifica *Citrus limon*) è un albero da frutto appartenente alla famiglia delle *Rutaceae* e al genere *Citrus*.

Il nome comune limone si può riferire tanto alla pianta quanto al suo frutto. È coltivato in tutto il mondo nella fascia subtropicale dove il clima è sufficientemente caldo ed umido.

Originario dell'Asia, probabilmente dell'India orientale, del nord della Birmania e della Cina. Furono gli Arabi che nel corso della loro espansione e delle loro conquiste introdussero il limone in Spa-

**Lucia Auriemma,  
Pietro Scalera e  
Amedeo Schipani**  
Simpesv

gna ed in Italia, dove è coltivato prevalentemente in Campania, Calabria e Sicilia. Il limone è l'agrume che vanta il più vasto impiego terapeutico fin dai tempi antichi: i greci lo utilizzavano per profumare gli abiti e preservarli dalle tarme, gli imperatori romani invece lo utilizzavano come antidoto ai veleni. Si narra, infatti, che Nerone, vivendo nella paura di essere avvelenato, ne facesse un largo utilizzo. Veniva utilizzato dai marinai che trascorrevano lunghi mesi in mare e che spesso si ammalavano di una grave malattia caratterizzata da perdita di denti, gengive sanguinanti, emorragie e gonfiore agli arti, successivamente definita "scorbuto".

## Descrizione

Si tratta di un alberello sempreverde, alto fino a 6 metri. Secondo alcuni studiosi è un ibrido naturale fra il cedro (*Citrus*

*medica*) e il lime (*Citrus aurantifolia*). I rami sono normalmente spinosi.

Le foglie sono alterne, rossastre da giovani e poi verde scuro sopra e più chiare sotto, generalmente ellittiche; il picciolo è leggermente alato.

I fiori, dolcemente profumati, possono essere solitari o in coppie. In condizioni climatiche favorevoli sono prodotti tutto l'anno. I fiori sono bianchi e il bordo dei petali è violetto. I frutti sono ovali e oblungi, con apici appuntiti. Normalmente la buccia è gialla, ma ci sono varietà che vanno dal verde al bianco: ricca di oli essenziali, può essere più o meno sottile. La polpa è divisa in otto spicchi, generalmente aspra e succosa. Molte varietà sono prive di semi. L'albero di limone è molto sensibile al freddo ed al vento.

## Valori nutrizionali

Il limone è il frutto fresco con minor ap-

**Tabella 1. Tabella nutrizionale Limone relativa a 100 grammi di prodotto**

Nutrienti	mg	%
Folates	11 µg	3%
Niacin	0.100 mg	1%
Pantothenic acid	0.190 mg	4%
Pyridoxine	0.080 mg	6%
Riboflavin	0.020 mg	1.5%
Thiamin	0.040 mg	3.5%
Vitamin C	53 mg	88%
Vitamin A	22 IU	1%
Vitamin E	0.15 mg	1%
Vitamin K	0 µg	0%
Sodium	2 mg	0%
Potassium	138 mg	3%
Calcium	26 mg	3%
Copper	37 µg	4%
Iron	0.60 mg	7.5%
Magnesium	8 mg	2%
Manganese	0.030 mg	1%
Zinc	0.06 mg	0.5%



**Grazie all'elevato contenuto in vitamina C, il limone è un valido rimedio naturale nelle malattie da raffreddamento stimolando il sistema immunitario. Favorisce l'assorbimento del ferro per la presenza sia della vitamina C che dell'acido citrico. I flavonoidi sono alleati preziosi per contrastare i processi degenerativi e di invecchiamento, hanno funzione vasoprotettiva insieme alla vitamina C**

porto calorico con 11 KCal/100 g. Il suo contenuto in acqua è di 89,5 g/100 g, che rende il frutto particolarmente succoso. Il contenuto in nutrienti è pari a 0,6 g di proteine, 0 g di lipidi e 2,3 g di carboidrati. Ha un discreto contenuto in fibre, in particolare pectina, presente soprattutto nella buccia. In particolare il succo è ricco in vitamina C (150 mg/l) e acido citrico (47g/l) Tra i sali minerali troviamo potassio, calcio, fosforo e magnesio. Nel succo sono presenti *citroflavonoidi* come *esperidina* con un contenuto pari a 1500 mg/l, *diosmina* e *rutina*. Nella buccia è presente una discreta quantità di limonene, una molecola della famiglia dei terpeni, responsabile del caratteristico profumo e principale componente dell'olio essenziale che si estrae dalla buccia per spremitura a freddo (vedi Tab. 1).

### Proprietà benefiche e terapeutiche

Grazie all'elevato contenuto in vitamina C è un valido rimedio naturale nelle malattie da raffreddamento stimolando il sistema immunitario. Favorisce l'assorbimento del ferro per la presenza sia della vitamina C che dell'acido citrico.

I flavonoidi sono alleati preziosi per contrastare i processi degenerativi e di invecchiamento, hanno funzione vasoprotettiva insieme alla vitamina C.

Alcuni studi scientifici hanno dimostrato l'efficacia del limonene, sia in vitro che in vivo, nell'inibire la proliferazione cellulare e favorire l'apoptosi delle cellule cancerose di alcuni tipi di tumore indotti sperimentalmente in animali.

Il potassio ha effetti benefici sull'apparato cardiovascolare e contrasta l'insorgenza di crampi muscolari. L'acido citrico alcalinizza le urine inibendo la formazione di alcuni tipi di calcoli renali (cistina ed acido urico).

L'olio essenziale di limone trova impiego in cosmetologia per le sue proprietà antistettiche e purificanti.

### Controindicazioni

L'utilizzo del succo di limone non presenta particolari controindicazioni. Ricordiamo tuttavia che andrebbe usato con cautela in chi soffre di gastrite e reflusso gastroesofageo.

Evitare di aggiungere il succo di limone in acqua bollente: la vitamina C è termolabile.

### Curiosità

La coltivazione dell'albero di limone in

### Bibliografia

- <http://www.citrech.it/citrus-products.html>  
Banche dati "Crea" (Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione)
- Julia Lawless, *Enciclopedia degli oli essenziali*; 187-188 (Edizioni Tecniche nuove)
- <http://www.agraria.org/coltivazioniarboricole/limone.htm>
- Wattenberg LW, Coccia JB. *Inhibition of 4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanone carcinogenesis in mice by D-limonene and citrus fruit oils*. Carcinogenesis 1991;12(1):115-7

Campania è particolarmente diffusa nella penisola sorrentina ed amalfitana. Famoso è il "limone di Amalfi" denominato "sfusato amalfitano" per la forma affusolata del suo frutto.

Il "limone Costa d'Amalfi" ha ottenuto la denominazione IGP (indicazione geografica protetta) poiché presenta delle caratteristiche molto pregiate e rinomate sia per la buccia che è di medio spessore, di colore giallo particolarmente chiaro, (carattere ritenuto di pregio per la produzione del liquore di limoni), sia per la polpa che è succosa e moderatamente acida, con scarsa presenza di semi. È inoltre un limone di dimensioni medio grosse di almeno 100 grammi per frutto.

È dalla scorza di questo particolare tipo di limone che, nel secolo passato, i contadini della Costiera fabbricarono il primo liquore di limone: il *Limoncello*, infuso di bucce di limone immerse in alcool purissimo. Oggi quella stessa antica ricetta è stata ripresa fedelmente dai piccoli artigiani della Costa D'Amalfi che hanno scelto di mantenere intatti i metodi di produzione del liquore tramandati per generazioni.

In questa zona è largamente usato in cucina e spesso servito al naturale preparato in insalata. Impiego tipico è quello condimentario: nel pesce, negli antipasti di mare, nei celebri primi piatti della zona, sulle carni. L'impiego dello "sfusato" si estende anche al settore dolciario, in quanto l'aroma inconfondibile di questo prezioso frutto è alla base di tante specialità del posto, come le mitiche delizie al limone, i babà al limoncello, le torte, i profiteroles, i cioccolatini ed altri dolci tipici locali.





Bruno Cristiano

## ESSERE DONNA NELLA GRECIA ANTICA: UNA DIFFICILE CONDIZIONE DI SUBALTERNITÀ NELL'AMBIENTE SOCIALE E FAMILIARE

**Con lo sviluppo della democrazia coincise il peggioramento della condizione della donna. Nelle classi elevate della società ateniese quelle che non erano ancora entrate in menopausa, furono quasi completamente recluse in casa. In epoca ellenistica, gli uomini vedevano ancora nella casa il posto ideale per la donna, anche se abbiamo molte notizie di attività svolte al di fuori di essa da parte di signore dell'alta società**

Nell'Antica Grecia le leggi, la politica, la cultura erano materia degli uomini, mentre le donne erano relegate al ruolo passivo e domestico che prevedeva la totale obbedienza al padre e, successivamente, al marito. La donna era priva di gran parte dei diritti riconosciuti ai cittadini adulti e liberi.

La vita della donna era scandita prevalentemente all'interno delle mura domestiche, nella parte interna della casa, detta gineceo (*gynaikēion*). Quello di tenere le donne in casa fu un privilegio delle classi agiate. Se apparteneva ad una famiglia ricca, la donna controllava gli schiavi mentre svolgevano i lavori domestici e per il resto del tempo chiacchierava con le sue parenti. Era permesso loro di uscire solo raramente: le feste religiose erano occasioni per incontrarsi, ma anche qualche particolare avvenimento della famiglia, come ad esempio la nascita di un bambino.

Le donne di condizioni più umili, dovevano invece adoperarsi a preparare i pasti e svolgere le pulizie, ma non effettuavano le compere, un compito affidato esclusivamente agli schiavi. Uscire di casa, per loro, poteva essere una necessità impellente specie quando, rimaste vedove, erano costrette a trovarsi un lavoro retribuito per il mantenimento della famiglia.

Con lo sviluppo della democrazia coincise il peggioramento della condizione della donna. Nelle classi elevate della società ateniese quelle che non erano ancora entrate in menopausa, furono quasi completamente recluse in casa. In epoca ellenistica, gli uomini vedevano ancora nella casa il posto ideale per la donna, anche se abbiamo molte notizie di attività svolte al di fuori di essa da parte di signore dell'alta società. Era persino ritenuto poco consigliabile che le donne ricevessero visite da altre donne.

### La casa

Bisogna soffermarsi a riflettere sul significato che gli antichi attribuivano al termine *oikos*, ovvero l'organismo che costituisce la cellula base delle società greche. Questo termine deriva da *oikia* "casa" ed è collegato al verbo *oikizein* "abitare". L'*oikos* rappresentava un insieme di elementi molto ampio: la casa stessa, il suo contenuto, la terra annessa, il bestiame e il nucleo familiare.

La donna, per la logica della società di allora, faceva parte delle ricchezze poiché era colei che provvedeva alla riproduzione. La casa era fondata sul matrimonio legittimo e l'eredità era trasmessa solo agli eredi legittimi: ai figli illegittimi, infatti, era riservata solo la quota del bastardo e non godevano di nessuno statuto.

La casa, nel suo complesso, era determinante per la condizione sociale dei cittadini liberi: infatti per avere un nome bisognava essere riconosciuti dal padre, dalla casa di appartenenza. I non liberi, nelle società omeriche, non avevano una casa, non avevano un nome né un padre.

Se la casa era importante per determinare un gruppo residenziale, la terra permetteva di guadagnare un posto nella struttura gerarchica della società. Il possesso di un lotto di

terreno permetteva l'integrazione con la comunità, possederne diversi significava avere un ruolo di potere. La casa e la terra erano quindi ricchezze fondamentali per la determinazione dello *status* sociale.

### Sparta e Atene: due realtà a confronto

La società spartana era quella che, secondo quanto scrive Senofonte della legislazione di Licurgo, offriva alle donne libere una situazione più rigida ma meglio definita. Esse dovevano seguire una dieta quasi esclusivamente a base di cereali ed era vietato loro il vino.

Il ruolo essenziale della donna era l'aver figli, solo per questo Licurgo prescrisse esercizi fisici anche per le donne e furono istituiti agoni di corsa e di forza dedicati, dove esse potessero gareggiare l'una contro l'altra. Fu permesso loro di esercitare il corpo non meno di quel che potevano gli uomini. L'allenamento aveva anche la funzione di irrobustire il fisico delle future madri, ritenendo che da una coppia forte potessero nascere figli più forti.

A Sparta vigeva il culto della forza e della volontà quindi la pratica sportiva della corsa aveva il compito di insegnare alle giovani donne la sofferenza per cui era essenziale la forza fisica. La parità tra l'uomo e la donna sul piano della ginnastica e dell'agonistica sembra più parità di un dovere che di un qualche diritto. L'attività ginnica delle ragazze spartane, globalmente esaltata dai socratici, era anche oggetto di critiche scandalistiche per la tenuta sportiva delle atlete e per la promiscuità con i maschi nelle occasioni di gara.

Ad Atene, invece, la vita era meno rigorosa ma le categorie erano altrettanto chiaramente definite. Demostene, nelle *Orazioni* sostiene che le amanti erano tenute per il piacere, le concubine perché servissero quotidianamente, le mogli perché procreassero figli ed accudissero fedelmente la casa.

