

Bollettino

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
Massa Carrara

TUMORI E MONDO DEL LAVORO: LA TUTELA DEL LAVORATORE ONCOLOGICO PASSA ATTRAVERSO LA COLLABORAZIONE TRA MEDICI

Carlo Manfredi, Presidente Ordine dei Medici di Massa Carrara

Il lavoro del paziente oncologico va tutelato e garantito. Oppure riorganizzato. Questo il tema portante dell'evento ECM dal titolo *"Le Patologie Oncologiche: il medico del lavoro incontra il medico di altre discipline"* organizzato da OMCeO Massa Carrara nella figura del dott. Dante Cesaretti, medico di medicina generale.

L'evento tenuto quest'oggi ha visto la partecipazione dei medici dell'area ASL Toscana Nord Ovest tra cui relatori dall'area Pisana come il dott. Alfonso Cristaudo e il dott. Fabrizio Caldi, medici del lavoro, il dott. Carlo Manfredi, presidente OMCeO Massa Carrara e il dott. Pietro Bianchi, medico di medici-



IN QUESTO NUMERO

- L'evento ECM *'Le patologie oncologiche: il medico del lavoro incontra il medico di altre discipline'*
- *Fibromialgia e disturbi ATM saranno riconosciuti dal SSN?* Disordine temporomandibolare e Fibromialgia, tra legge n°299 e dolore
- La *relazione del presidente FNOMCeO Andrea Anelli* alla prima Conferenza nazionale sulla Questione medica
- *"Milione": FNOMCeO presenta il nuovo spot sul valore della professione medica*
- *Il dott. Cesaretti e la dott.ssa Cenderelli insigniti "Cavaliere"* in occasione della Festa della Repubblica
- *I farmaci antivirali anti SARS-COV-2 per pazienti non ricoverati*





Il dott. Dante Cesaretti

dibile partnership. Particolarmente importante l'edizione di quest'anno perché si parla di patologie oncologiche. Disgraziatamente queste condizioni sono sempre più diffuse, ma si stanno trasformando da una malattia acuta che dà poca aspettativa di vita ad una malattia cronica, una malattia con cui si può vivere e convivere. Ed ecco la necessità che anche il posto di lavoro si adegui e sappia essere all'altezza del miglioramento delle condizioni di vita di tutti noi."

Presente anche il presidente dell'Ordine **dott. Carlo Manfredi** che ha tenuto un interessante intervento sugli interferenti ambientali, le sostanze che minano sin dalla fecondazione il corretto sviluppo dell'individuo ed espongono lo stesso allo sviluppo più o meno precoce di neoplasie tumorali. "Esistono migliaia di sostanze chimiche introdotte dall'uomo nell'ambiente – spiega il dottore - che si stanno "rivoltando contro l'uomo", nel senso che favoriscono lo sviluppo di varie malattie dei vari apparati, compromettono la sua efficienza riproduttiva e favorendo lo sviluppo di tumori. Quindi è giunto il momento di prendere coscienza di questa situazione per mettere in campo tutte le misure a livello di stili di vita, di comportamenti, di scelte da parte delle autorità politiche che permettano di vivere in un ambiente più adatto alla sopravvivenza in condizioni ottimali di tutto il genere umano."



Il dott. Carlo Manfredi



Il dott. Pietro Bianchi

na nucleare presso il NOA chiamati a dare il loro contributo in nome della collaborazione tra specialisti finalizzata alla difesa della salute di tutti.

tutte le strategie per non contrarre il virus, tra cui ovviamente la vaccinazione, risulta di fondamentale importanza per mettersi al riparo da conseguenze che possono insorgere subdolamente anche a distanza di tempo dall'infezione."

"Ogni anno l'Ordine dei Medici di Massa Carrara promuove l'incontro tra il medico del lavoro e i medici di tutte le altre discipline - illustra il **dott. Cesaretti** - perché sono figure che collaborano strettamente ogni giorno, spesso in maniera inconsapevole, per un fine comune: la salute dell'essere umano. Ed è necessario che queste figure trovino periodicamente un momento di confronto che possa promuovere e consolidare questa imprescin-

"In un momento dove siamo usciti da un periodo di pandemia dovuta al Covid – racconta il **dott. Pietro Bianchi**, medico di medicina nucleare e presidente della **LILT**, la *Lega Italiana per la Lotta ai Tumori* - in cui molti esami non sono stati fatti, il problema tumorale oncologico è di nuovo (e finalmente) in primo piano. Avere tecnologie diagnostiche di alto livello, come la PET TAC di cui sono specialista, permette di studiare le malattie oncologiche al meglio delle possibilità. La nostra struttura ospedaliera è adottata da dieci anni di una TAC dove facciamo circa tremila esami l'anno e per la quale abbiamo richieste che vengano anche da fuori provincia. È importante quindi ottimizzare al massimo questa metodica e nella conferenza ho potuto dare ai colleghi le indicazioni su quando, come e perché richiedere metodologie diagnostiche di questo tipo. Voglio ricordare che tra i pazienti che accedono ad un esame PET TAC dal punto di vista oncologico, il quaranta per cento cambia l'iter terapeutico

(migliorando quindi l'efficacia del trattamento post esame diagnostico) e nel settanta per cento questa metodologia è la guida per la biopsia necessaria ad avere il perfezionamento o la conferma di una diagnosi di patologia tumorale.”

Il **dott. Alfonso Cristaudo**, medico del lavoro dell'area pisana, ha fatto luce sul problema della prevenzione e della diagnosi precoce sul posto di lavoro anche attraverso l'operato del **prof. Pier Luigi Viola**, vera istituzione in questa specialità.

“Il problema dei tumori è un problema importante a livello nazionale e internazionale. Una persona su tre, purtroppo, nel corso della vita va incontro a questa grave malattia. Il tema che abbiamo affrontato oggi è quello dei tumori professionali e del rapporto che i medici del lavoro hanno con gli altri colleghi medici di

medicina generale e con gli specialisti per arrivare alla diagnosi precoce. Abbiamo parlato di prevenzione nei luoghi di lavoro e trattato il rapporto con le norme, il rapporto con la scienza e credo sia stato importante anche raccontare la storia di questo medico del lavoro, di questo professor Viola, che ha scoperto un tumore molto particolare come l'angiosarcoma epatico e la sua insorgenza correlata a sostanze presenti sul posto di lavoro. La sua storia è di sicuro una buona pagina nella storia della ricerca in medicina fatta sostanzialmente da un “medico di periferia”.



Il dott. Alfonso Cristaudo



Il dott. Fabrizio Caldi

Conclude l'evento l'intervento del **dott. Fabrizio Caldi**, medico del lavoro e grande esperto in materia di reinserimento lavorativo del paziente oncologico. “Il lavoratore oncologico rappresenta una problematica molto rilevante – illustra il dott. Caldi - in quanto un terzo dei pazienti attualmente in vita che ha un cancro è in età lavorativa. Bisogna quindi trovare degli strumenti efficaci che consentano un reinserimento lavorativo che adatti il lavoro alle disabilità presentate da questi individui. Uno strumento, ad esempio, passa attraverso il giudizio di idoneità da parte del medico competente. Una strategia ancora più affinata è quella dell'utilizzo di piani di lavoro strutturati che, sulla base di un'analisi dei posti di lavoro e delle disabilità presentate dai lavoratori oncologici, consenta di poter reinserire queste persone e di riqualificare le loro potenzialità nell'ambito aziendale.”

La clip video con l'intervista completa ai relatori dell'evento è disponibile sul sito OMCeO Massa Carrara [cliccando qui](#)



DISORDINE TEMPOROMANDIBOLARE E FIBROMIALGIA, TRA LEGGE N°299 E DOLORE

Daniele Tonlorenzi, gnatologo e dentista

Scopo di questo articolo è di evidenziare le correlazioni tra disordine temporomandibolare e la fibromialgia. Il 94% dei pazienti affetti da fibromialgia soffrono anche di disordine temporomandibolare (1). La diagnosi è importante perché, secondo il Dr. Thomas Weiss dell'ASMAR (Associazione Malattie Autoimmuni e Reumatiche), "dall'insorgenza alla diagnosi passa, di solito, molto tempo, in media sette anni, inoltre i pazienti fibromialgici subiscono fino a tre volte più operazioni chirurgiche rispetto al gruppo di controllo".

Chi soffre di disordine temporomandibolare soffre anche di fibromialgia?

Questa domanda è importante perché da un momento all'altro si voterà per il riconoscimento della Fibromialgia come malattia cronica e invalidante, che comporterà la sua entrata nei livelli essenziali di assistenza (LEA) riconoscendo dei fondi ai soggetti affetti (Atto Senato n. 299 della XVIII Legislatura). L'approvazione del disegno di legge, potrebbe rappresentare un primo passo importante, per il riconoscimento della pensione di invalidità di questa malattia.

La fibromialgia e il disordine temporomandibolare appartengono, insieme a molte altre (vedi figura 1), alle patologie classificate come "functional somatic syndromes" descritte per la prima volta da S Wessely nel 1999 (2). Attualmente sono dette "medically unexplained symptoms" o sintomi clinicamente inspiegabili, abbreviate come MUS. Kirmayer L.J le ha descritte per la prima volta molti anni fa (3). La loro comprensione e la terapia non è cosa semplice.

Correlazioni tra disordine temporomandibolare e fibromialgia

Il muscolo della figura 1B è il muscolo temporale (MT), la sua funzione è quella di far chiudere la bocca. Se la bocca chiude male un dolore tensivo, continuo, in quella sede, non va trattato d'inizio con farmaci, ma dopo avere escluso cause più gravi, andrebbe inviato allo gnatologo.

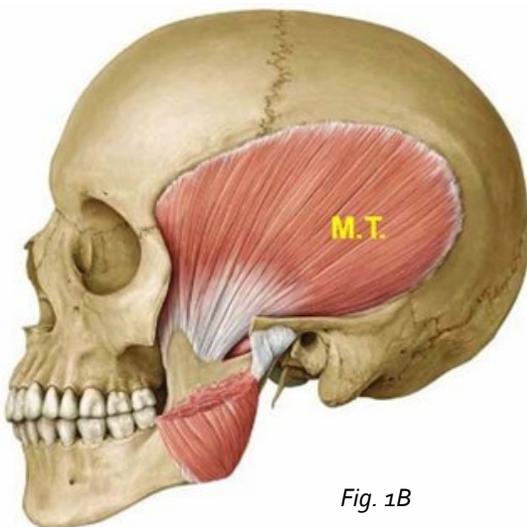


Fig. 1B



Fig. 1A

Secondo Alpaslan (4) il dolore orofacciale da disordine temporomandibolare è la seconda fonte più comune di dolore, dopo il mal di denti. A complicare la diagnosi, c'è il fatto che può essere il sintomo di esordio di una fibromialgia e il trattamento diretto ai disturbi temporomandibolari, può essere più complicato, ma anche più importante da eseguire.

Il medico in questo caso deve essere a conoscenza dei disturbi temporomandibolari, dei suoi sintomi caratteristici e degli approcci terapeutici che potrebbero essere inclusi all'inizio del piano di trattamento. È necessario pertanto una maggiore interdisciplinarietà, lo gnatologo dovrebbe essere in grado di fare una prima selezione dei pazienti da inviare al reumatologo e questi dovrebbero conoscere le possibilità di terapia a disposizione dello gnatologo. In fondo all'articolo c'è una proposta di terapia del disordine temporomandibolare che il mio gruppo ha fatto (5).

Diagnosi di disordine temporomandibolare

Secondo il National Institute of Dental and Craniofacial Research del NHI americano: "The prevalence of temporomandibular joint and muscle disorder (TMJD) is between 5% and 12%", un numero variabile, a seconda degli studi, tra il 5 e il 12% della popolazione ne è colpito. La diagnosi si fa ricercando i segni e i sintomi descritti nelle raccomandazioni dei Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (6) raggruppati nell'Asse I e nell'Asse II.

Asse I:

- dolore ai muscoli temporale o massetere, può colpire altri muscoli, aggravato dai movimenti e dalla masticazione;
- Artralgia alla palpazione laterale dell'articolazione ATM;
- Click;
- Blocco articolare riducibile o irriducibile;
- Apertura limitata della bocca tale da interferire con la masticazione, fonazione deglutizione.

Asse II: interferisce con le attività quotidiane lavorative, ricreative e sociali. Si valutano con le domande 4, 5, 6, 7 del questionario della figura 2.

1) Indichi con una crocetta sulla scala graduata rappresentata di seguito (dove "0" corrisponde all'assenza di dolore e "10" al più forte dolore immaginabile), l'intensità del dolore che Lei avverte **in questo momento**.



2) Nel corso degli ultimi 6 mesi quale è stata l'intensità del **Suo peggior dolore?**



3) Indichi con una crocetta sulla scala graduata rappresentata di seguito (dove "0" corrisponde all'assenza di dolore e "10" al più forte dolore immaginabile), l'intensità del dolore che ha avvertito, **in media, nel corso degli ultimi 6 mesi**.



Disabilità

4) Indichi nella casella sottostante, il numero di giorni nel corso degli ultimi 6 mesi nei quali il dolore Le ha impedito di svolgere le sue abituali attività (scuola, lavoro retribuito, lavori domestici)

0-6 giorni 7-14 giorni 15-30 giorni 31 o più giorni

5) Indichi con una crocetta in che misura, nel corso degli ultimi 6 mesi, il dolore ha interferito con lo svolgimento delle sue attività quotidiane



6) Indichi con una crocetta in che misura, nel corso degli ultimi 6 mesi, il dolore ha interferito con le sue attività sociali, con la famiglia, gli amici, i vicini di casa, i gruppi di cui fa parte



7) Indichi con una crocetta in che misura, nel corso degli ultimi 6 mesi, il dolore ha interferito con la sua capacità di lavorare (lavoro retribuito o lavori domestici)

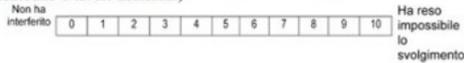


Fig. 2

miglioramento dei sintomi è associato il fatto che i denti non sono più sempre a contatto (ripristino dello spazio libero) serramento e bruxismo scomparsi. Nell'esempio seguente si vede che a sinistra, prima della terapia, lo spazio libero (verticalità) è di 0,38 mm e a destra che, dopo tre mesi dall'inizio della terapia, sono diventati 2,03 mm. Questa modifica è stata misurata in un campione statisticamente significativo di soggetti, in cui si è dimostrato che al suo aumento è associata la scomparsa/marcata riduzione del dolore.

Uno studio su un particolare tipo di bite

Sono stati inclusi soggetti con emicrania tensiva, dolore facciale e cervicalgia. Sono stati esclusi soggetti con malattie autoimmuni e con patologie neurologiche gravi (es. sclerosi multipla).

Normalmente, in posizione di riposo, tra i denti della mascella e quelli della mandibola c'è il cosiddetto "spazio libero". I soggetti che abbiamo trattato per dolore e agli altri sintomi del disordine temporomandibolare avevano la mancanza di questo spazio libero con serramento e/o da bruxismo.

L'esame kinesiografico ha dato una misura molto precisa dello spazio libero (verticalità), all'arrivo e dopo tre mesi dall'uso del bite, confermando poi, telefonicamente, il mantenimento del benessere nel tempo.

In tutti i soggetti alla scomparsa o al marcato

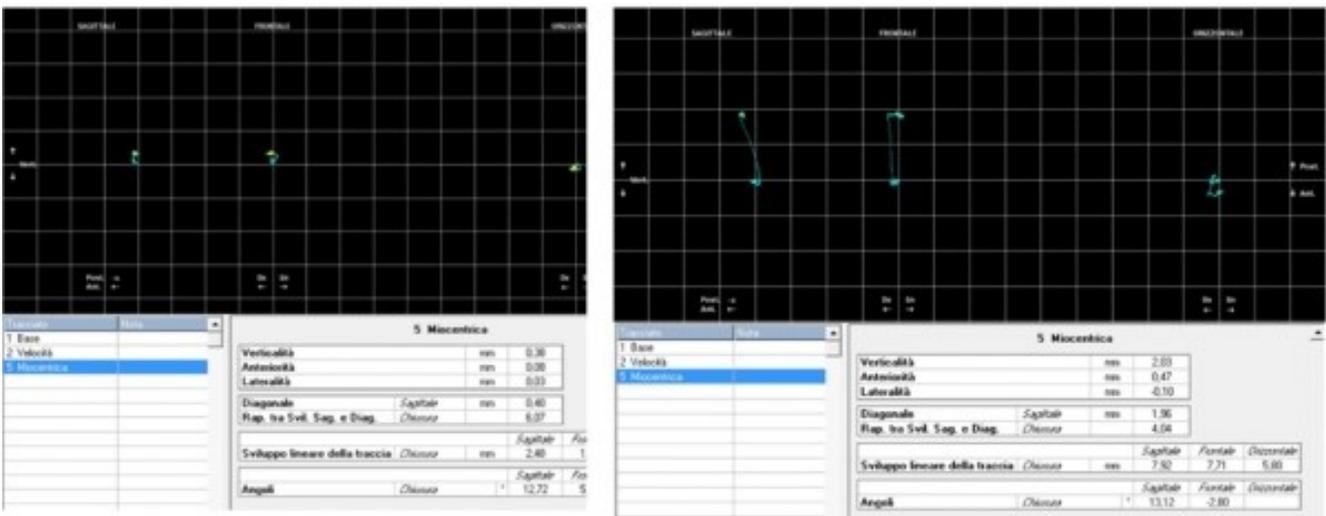


Fig. 3

Costruzione del bite. Dopo manovre di rilassamento muscolare si è trovata una nuova posizione a cui è seguito un bite in lieve stretching mandibolare. (fig. 4)

Nella figura 5 la colonna bianca evidenzia il dolore e quella marroncina la disabilità, a sinistra prima del trattamento e a destra dopo tre mesi con il particolare tipo di bite. Le cervicalgie, le cefalee e le emicranie, hanno avuto una scomparsa, o un marcato miglioramento, dopo l'uso notturno del bite. Un colloquio telefonico ha confermato il mantenimento dei risultati nei controlli a distanza di tempo. (Tonlorenzi D.)



Fig. 4

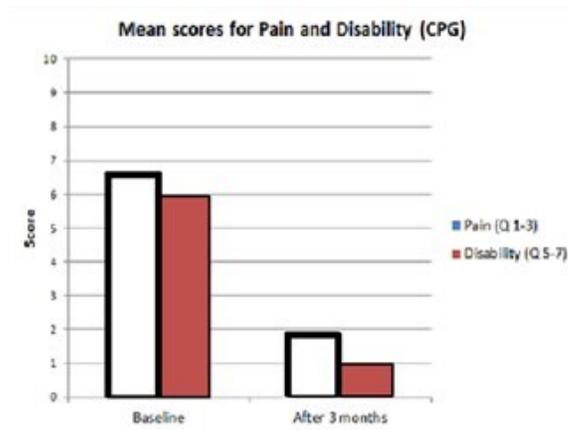


Fig.5

Cos'è la fibromialgia?

La fibromialgia è una patologia caratterizzata da dolori muscolari diffusi, associati ad affaticamento, rigidità, problemi di insonnia, di memoria e alterazioni dell'umore (come quelli sudescritti nel disordine temporomandibolare) non evidenziabile con nessuna indagine di routine.

Secondo l'Iss (Istituto Superiore di Sanità) "può avere un grave impatto negativo sulla qualità della vita compromettendo lo svolgimento delle comuni attività quotidiane". Le persone colpite dalla fibromialgia, sarebbero quasi 2 milioni di italiani, generalmente nella fascia di età tra i 25 e i 55 anni. I criteri diagnostici più semplici per la diagnosi di fibromialgia, per fisioterapisti, dentisti, osteopati e medici di famiglia e tutti coloro che si occupano di dolore sono quelli indicati dal consensus del 2016 (9), sufficienti per poter selezionare i pazienti da inviare al reumatologo.

Non mancano casi di soggetti, in prevalenza donne, colpite in fase adolescenziale e talvolta sono colpiti addirittura i bambini, nel quel caso si parla di sindrome fibromialgica primaria giovanile.

La fibromialgia non è generalmente considerata un disturbo progressivo, ma sembra che in alcuni casi peggiori nel tempo, non è, tuttavia, una condizione con un decorso prevedibile. Di solito sono presenti periodi riacutizzazione (quando i sintomi sono gravi) legati a stress e di remissioni (quando i sintomi sono minori o assenti).

Diagnosi

Si devono contare le sedi in cui il soggetto ha sentito dolore nella settimana precedente la compilazione del questionario e la severità dei sintomi.

Sedi

Il dolore per fare la diagnosi di fibromialgia deve essere presente da almeno 3 mesi, in almeno 4 di queste 5 sedi.

- Regione superiore destra: mascella, cintura scapolare, braccio, avambraccio.
- Regione superiore sinistra: mascella, cintura scapolare, braccio, avambraccio.
- Regione assiale: collo, parte superiore della schiena, petto, addome.
- Regione inferiore destra: fianco/gluteo, gamba, parte inferiore della gamba.
- Regione inferiore sinistra: fianco/gluteo, gamba, parte inferiore della gamba.

La severità dei sintomi si misura con la Symptom Severity score o Scala di severità dei sintomi (0-9)

- Fatica: score 0= assente, 1= leggero, 2= moderato, 3= severo
- Stanco al risveglio: score 0= assente, 1= leggero, 2= moderato, 3= severo
- Sintomi cognitivi: score 0= assente, 1= leggero, 2= moderato, 3= severo

Importante evidenziare anche l'eventuale presenza di questi sintomi negli ultimi sei mesi, qualora presenti: mal di testa, dolore nella parte inferiore dell'addome, depressione.

Il **reflusso gastroesofageo** e disordine gastrointestinale non sono rari né nella fibromialgia né nel disordine temporomandibolare. È evidente che maggiore è il numero e la severità dei sintomi, più grave è il caso clinico e la terapia. Registrati questi valori abbiamo sufficienti dati per sapere quanto sarà difficile trattare questi pazienti e sapremo quando lavorare insieme ad uno specialista in reumatologia.

Note e bibliografia:

Hedenberg-Magnusson B, Ernberg M, Kopp S. Presence of orofacial pain and temporomandibular disorder in fibromyalgia. A study by questionnaire. Swed Dent J 1999; 23:185-92

Wessely S, C Nimnuan, M Sharpe Functional somatic syndromes: one or many? Review THELANCET Vol 354, September 11, 1999

J Kirmayer L. K Explaining Medically Unexplained Symptoms. The Canadian Journal of Psychiatry October 1, 2004 Review Article.

Alpaslan C. Orofacial pain and fibromyalgia pain: Being aware of comorbid conditions. World J Rheumatol 2015; 5(1): 45-49 [DOI: 10.5499/wjr.v5. i1.45]

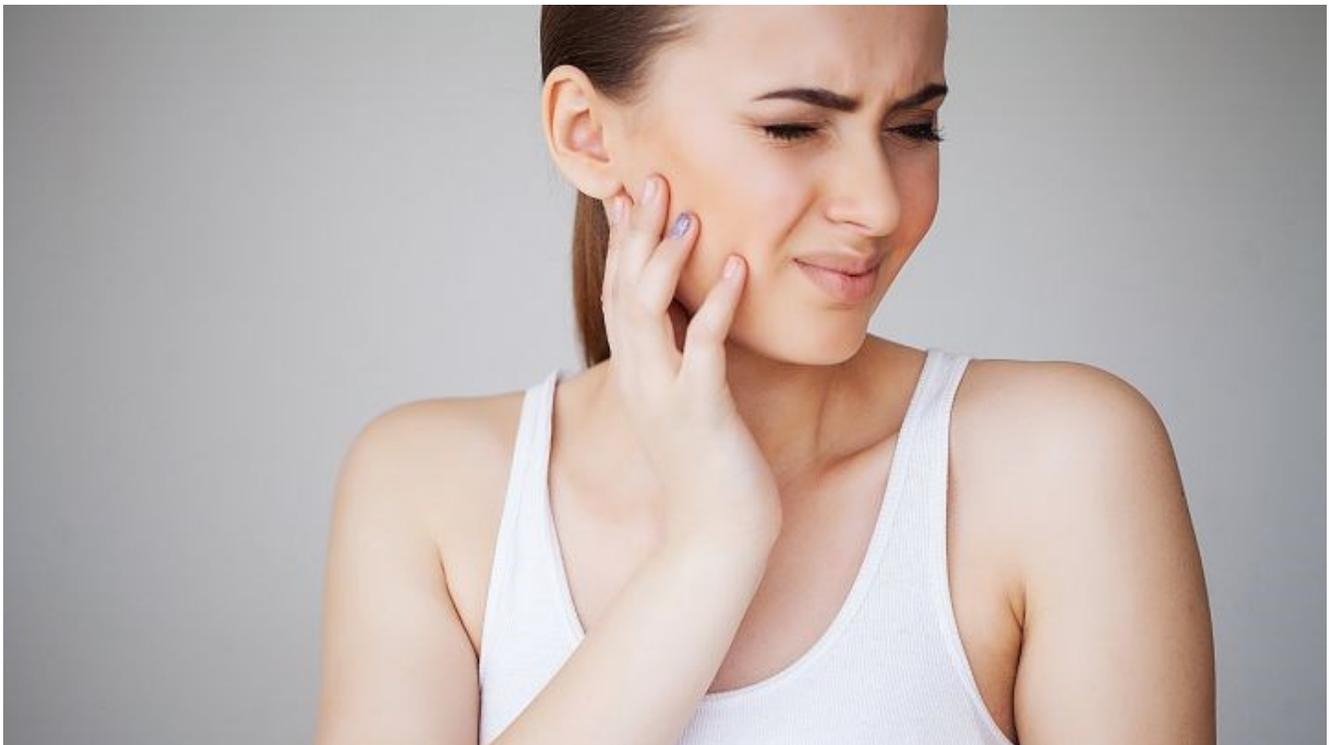
Tonlorenzi, Brunelli M., Conti M., Covani U., Traina G. An observational study of the effects of using an high oral splint on pain control. Archives Italiennes de Biologie, 157: 66-75, 2019.

*Schiffman E, et Al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network*and Orofacial Pain Special Interest Group. J Oral Facial Pain Headache. 2014 Winter; 28(1): 6-27.*

Frederick W. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria Seminars in Arthritis and Rheumatism. Volume 46, Issue 3, December 2016, Pages 319-329

Salaffi, F., Stancati, A., Grassi, W. (2006) Reliability and validity of the Italian version of the Chronic Pain Grade questionnaire in patients with musculoskeletal disorders. Rheumatol, 25(5), 619-31.

Wolfe F et Al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. Semin Arthritis Rheum. 2016 Dec;46(3):319-329.



LA RELAZIONE DEL PRESIDENTE DI FNOMCEO, FILIPPO ANELLI, ALLA PRIMA CONFERENZA NAZIONALE SULLA QUESTIONE MEDICA

Di Redazione OMCEO Massa Carrara - fonte Ufficio Stampa FNOMCEO

Trasmettiamo integralmente la relazione del presidente FNOMCEO, Filippo Anelli, presentata in data 21 aprile 2022 nel corso della prima Conferenza nazionale sulla Questione medica .

Conferenza Nazionale sulla Questione Medica 21 aprile 2022 Teatro Argentina Roma

Sig. Ministro, Sig. Presidente della Conferenza delle Regioni, Autorità, Presidenti/Segretari delle OOSS, gentili Ospiti, cari Colleghi e Colleghi

Ringrazio tutti Voi per la presenza in questo teatro Argentina per noi luogo particolarmente simbolico sia per l'incontro odierno e sia perché in questa stessa sede, il 23 febbraio del 2019, si è svolta la prima Assemblea nazionale di tutte le Professioni sanitarie. Un momento importante per le 31 Professioni socio-sanitarie che ha permesso di avviare un nuovo rapporto tra le diverse Federazioni che, pur tra tante difficoltà, ha poi consentito al Ministro Speranza, e per questo Lo ringrazio, di istituire la Consulta Nazionale delle Professioni sanitarie presso il Ministero della Salute.

Oggi siamo qui convenuti per un confronto su un tema di cruciale importanza per la nostra società e per la nostra democrazia: il ruolo strategico della Professione medica, durante e dopo lo stato di emergenza pandemica, nel garantire i diritti sanciti dalla nostra Carta Costituzionale.

L'abbiamo chiamata "Questione Medica" perchè alla luce dei programmi, delle linee d'azione poste in campo dal PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - e più concretamente delle risorse disponibili per le strutture e le infrastrutture, siamo a chiedere una analoga attenzione nei confronti dei professionisti sanitari.

I medici e gli odontoiatri, veri attori del Sistema Salute, sono i protagonisti del futuro del nostro SSN e per questo pongono oggi "rivendicazioni in termini di ruolo, di identità, di ridefinizione del perimetro delle competenze professionali, di efficacia di rapporti con le proprie comunità sociali".

Osannati in questi due anni e considerati i moderni eroi della nostra società, in realtà, i medici e gli odontoiatri vivono con grande difficoltà la loro condizione professionale e la pandemia ha slatentizzato carenze e reso evidenti gli errori del passato.

Signor Ministro Lei più volte ha ripetuto che la stagione dei tagli in sanità è terminata e che ogni risorsa utilizzata nel sistema sanitario deve essere considerata un investimento e non più un costo. Come cittadini e poi anche come professionisti apprezziamo questa scelta politica che da tempo auspicavamo. Così come apprezziamo l'inversione di tendenza nel finanziamento del Fondo sanitario nazionale finalmente e stabilmente cresciuto.

Ciononostante, le difficoltà in cui versa la Professione medica e odontoiatrica sono tante ed i medici e gli odontoiatri necessitano di risposte rapide ed efficaci.

All'aumento del Fondo sanitario nazionale non è poi corrisposto un analogo impegno teso a rimuovere le conseguenze sulla professione medica di quella stagione dei tagli in sanità che oggi tutti insieme condanniamo. Per questo abbiamo convocato questa Conferenza e per questo crediamo che ognuno di noi debba assumere l'impegno per migliorare il sistema.

Gli Stati Generali che avevamo indetto nel 2018 hanno messo in evidenza la crisi della Professione medica e la necessità di una modifica del Codice di Deontologia Medica per meglio rispondere alle esigenze di una società in profonda evoluzione al fine di offrire quelle risposte utili a superare la crisi. Processo che abbiamo avviato e che si concluderà entro il 2024.

Le numerose indagini demoscopiche effettuate anche a cura delle tante OOSS hanno evidenziato le aree di criticità e di malessere della Professione, al punto che sono tanti i sanitari che all'entusiasmo iniziale per una professione definita "la più bella del mondo" oppongono la rassegnazione o addirittura l'abbandono di questa professione oramai soffocata da compiti impropri, carichi di lavoro insostenibili anche per la grave carenza di personale e da direttive spesso non calate nella realtà del sistema.

Noi amiamo questa professione, chiediamo solo di poterla esercitare con l'entusiasmo di chi inizia!

Anche quella che oggi è stata presentata dall'Istituto Piepoli ha evidenziato come il mancato investimento sulla medicina territoriale e le gravi carenze di personale, infrastrutturale del versante ospedaliero insieme ad una eccessiva burocratizzazione dell'atto medico siano oggi i fattori all'origine della crisi professionale.

Tra i tanti dati oggi presentanti quello che maggiormente ci preoccupa è la propensione alla pensione anticipata espressa dal 30% degli intervistati.

Ma ancor più dal fatto che coloro che vorrebbero lasciare la Professione per la pensione sono il 25% dei giovani medici con età compresa tra i 25 e 34 anni e il 31% sono di quelli tra i 35 e i 44 anni. Un dato scioccante che fa riflettere e mostra quanto profonda sia la crisi legata alla perdita di fiducia nel futuro ossia alla mancanza di speranza di un domani migliore per la nostra professione.

Non v'è dubbio che durante la pandemia l'aumento dei carichi di lavoro è stato rilevante: oltre il 37% sul territorio, più 28% in ospedale ed ha riguardato la stragrande maggioranza dei medici e odontoiatri. Lo dichiarano mediamente il 75% dei medici del territorio, il 64% dei medici ospedalieri, il 24% degli specialisti ambulatoriali e il 12% negli odontoiatri. Un impegno gravoso che ha avuto ripercussioni anche sul rapporto di fiducia con i cittadini provocando stress e preoccupazione nella stragrande maggioranza dei professionisti, dal 90% dei medici del territorio al 72% dei medici ospedalieri, dallo 80% degli specialisti ambulatoriali al 62% degli odontoiatri.

Sono numerose le segnalazioni in letteratura circa il burnout dei medici. "Medici e tirocinanti si stanno esaurendo a ritmi allarmanti", si legge in uno dei tanti lavori pubblicati. Infatti, "storicamente, la medicina è stata caratterizzata da condizioni di lavoro difficili oltre a disattenzione al benessere e alla cura di sé da parte del medico".

Secondo l'indagine dell'Istituto Piepoli il 24% dei medici di continuità assistenziale ha presentato problemi di salute, come disturbi del sonno, stress ansia e paura, analogamente al 10% dei mmg, al 4% dei medici ospedalieri e il 3% degli odontoiatri.

Oltre 15.000 medici o odontoiatri quindi denunciano problemi di salute. Un dato sicuramente sottostimato.

Infatti, secondo una metanalisi condotta su 55 studi pubblicati sui disturbi a carico dei medici dopo il primo anno di pandemia, una percentuale significativa di medici sta sperimentando alti livelli di sintomi di depressione e ansia. La prevalenza di depressione e ansia nei sanitari rilevata è rispettivamente del 20,5% e del 25,8%.

Sorge spontanea a questo punto la domanda: chi cura i curanti?

La perdurante mentalità aziendalista che pervade il nostro SSN, tutta concentrata solo sui risultati economici frutto di una mentalità liberista, non ha permesso di mettere in atto iniziative tese a rilevare questo drammatico fenomeno, né tantomeno a porsi la domanda su come affrontarlo.

Chi cura i curanti?

Eppure, i medici che non hanno questi sintomi trattano con maggior efficacia e successo i loro pazienti rispetto a coloro che soffrono di burnout.

Serve un provvedimento che riconosca il burnout come malattia professionale.

Medici che, come abbiamo visto, si sono sentiti lasciati soli dalle Istituzioni hanno giudicato i provvedimenti adottati non adeguati ad agevolare l'attività professionale quotidiana. Un giudizio unanime espresso dal 73% dei medici intervistati.

Analogo giudizio è stato espresso dal 53% dei medici e odontoiatri sui percorsi di sicurezza messi in atto negli ultimi due anni.

Processi che hanno creato un iatus tra i professionisti e le istituzioni, in particolare le Regioni. Buona parte del mondo medico e odontoiatra non si è sentito tutelato dalle Istituzioni. Lo dichiarano il 76% dei medici del territorio, ma anche il 62% dei medici ospedalieri, il 70% dei medici pensionati ed il 51% degli odontoiatri.

Sono tanti i colleghi che non si riconoscono più in una Professione mortificata da carichi di lavoro abnormi, ad esempio nei pronto soccorso e nel 118, e da un'invadenza burocratica che soffoca l'autonomia professionale. La prescrizione farmaceutica e le prestazioni diagnostiche sono oramai appesantite da orpelli, modelli, piani terapeutici e quant'altro, utili solo a sottrarre al medico quel tempo che invece avrebbe dovuto garantire al cittadino perché, come richiama la legge 219 del 2017, "il **tempo** della comunicazione tra medico e paziente costituisce **tempo di cura**".

Sono tante le ore in più svolte, spesso in violazione delle norme, senza essere totalmente o parzialmente retribuite. Il 64% dei medici ospedalieri e il 73% dei medici del territorio non ha neanche potuto usufruire in maniera totale o parziale delle ferie.

Conciliare la gestione familiare con quella lavorativa è diventata un'impresa per i medici del SSN. Il 74% dei medici del territorio e il 66% dei medici ospedalieri non ha a disposizione un adeguato tempo libero per vivere la sua vita privata e familiare.

Il tema del rispetto dei diritti dei lavoratori diventa così cruciale per garantire serenità ed efficienza lavorativa. Diritti non ancora completamente esigibili da parte delle donne!

Il 38% delle donne medico comprese tra 25 e 34 anni si sente discriminata in quanto donna sul lavoro ed il 50% delle colleghe più giovani ritiene di non essere tutelata sul lavoro nello stato di maternità.

Appare, a questo punto, opportuno istituire un **Osservatorio nazionale sulla tutela dei diritti e delle condizioni lavorative dei medici**, a valenza consultiva, presso il Ministero della Salute al fine di monitorare proprio il rispetto dei diritti dei lavoratori.

Serve uno sforzo comune per recuperare quella reciproca fiducia che nel Servizio Sanitario Nazionale costituisce il presupposto per assicurare la migliore assistenza ai cittadini. Fiducia che si fonda sul diritto del cittadino alla libera scelta che dovrebbe essere garantito in tutti gli ambiti del sistema salute.

In questi due anni lo sforzo che la Professione medica ha svolto è stato straordinario, assicurando a tutti cura e assistenza nonostante le carenze derivanti dalla politica dei tagli e delle riduzioni del personale, pagando anche un prezzo altissimo anche in vite umane: 374 sono i medici e odontoiatri deceduti per il covid.

Oggi **serve da parte dello Stato e delle Regioni un intervento straordinario** che colmi le carenze e restituisca alla Professione medica quel ruolo che merita: risorse speciali per i contratti di lavoro e abolizione di ogni limite per l'assunzione dei medici sia in ospedale che sul territorio nel rispetto di una corretta programmazione. Risorse per consentire a tutta la professione, dipendenti, convenzionati e specialisti accreditati di poter contribuire ad assicurare tutte quelle prestazioni che oggi in parte il cittadino cerca fuori dal SSN.

Servono risorse e riforme per ridare dignità ai medici e ai professionisti garantendo loro autonomia e diritti.

Servono norme specifiche da parte del Parlamento per garantire quel ruolo sociale che la Costituzione affida alla Professione medica quale garante dei diritti come quello alla vita, alla salute, all'uguaglianza, alla autonoma determinazione sulle scelte relative alla propria salute, alla libera ricerca e alla libera scienza. Diritti che possono essere garantiti ai cittadini grazie alle competenze dei medici e degli odontoiatri che giurano di metterle a disposizione della società e di ogni persona. È la nostra idea di Democrazia del Bene e la nostra idea di Pace.

I medici sono "costruttori di pace", custodi della vita e della salute dei cittadini. Sono una parte strategica di questo Paese anche sotto il profilo culturale per la peculiare capacità di interpretare la Professione non solo per le competenze tecniche ma soprattutto per l'etica e la deontologia che la ispira. La guerra in Ucraina ha lacerato le nostre coscienze, ha fatto emergere il male come entità assoluta che si appalesa nelle stragi, nelle torture gratuite, nella violazione degli innocenti! **Noi medici "costruttori di pace" siamo impegnati ogni giorno con atti concreti a favore della vita e della comunità nella costruzione di un mondo ove la cultura della pace prevalga su quella del male.**

Termino questo mio intervento ringraziando il Presidente Fedriga per il difficile compito che ha svolto durante la pandemia nel coordinare le Regioni e rendere omogenei gli interventi di tutela della salute. Sono tante le aspettative che i medici si attendono proprio dalle Regioni, tra queste sicuramente l'impegno a superare le disuguaglianze tra regioni in tema di salute che in questi venti anni di "sanità delle regioni" non si è riusciti a colmare.



Il Presidente FNOMCeO Filippo Anelli

Auspichiamo anche una revisione di tutti quei processi in atto in molte regioni che, in nome del risparmio, portano ad una svalutazione delle competenze dei medici.

I medici non sono sostituibili!

Le loro competenze e abilità, frutto di lunghissimi anni di studio e formazione, devono essere valorizzate e non banalizzate!

La qualità del nostro SSN si basa proprio sul rispetto delle peculiari competenze di ogni singola professione sanitaria, partendo proprio da quella medica.

Una sanità di qualità fondata sulla scienza e sull'appropriatezza contro ogni deriva consumistica e commerciale della salute.

Un grazie, infine, al Ministro Speranza per il lavoro svolto in questi due anni difficili. Un impegno straordinario,

anche di ascolto e di grande disponibilità nei confronti della nostra Professione, espresso soprattutto nei momenti più difficili. Vogliamo incoraggiarlo sulla strada della rivalutazione del nostro servizio sanitario nazionale: sì, Ministro, è la pietra più preziosa che ci è stata affidata.

Infine, Vi invito a fare un grande applauso per ricordare due grandi amici che sono recentemente scomparsi: Giuseppe Chessa – Presidente dell'Ordine di Cagliari ed Enrico De Pascale - Direttore della FNOMCeO che ha diretto con grandissima professionalità. Abbiamo avuto il privilegio di lavorare insieme a loro in questi anni; ci hanno arricchito con la loro grande competenza e umanità.

Filippo Anelli

“MILIONI”: FNOMCEO PRESENTA IL NUOVO SPOT SUL VALORE DELLA PROFESSIONE MEDICA

Di Redazione OMCeO Massa Carrara - fonte Ufficio Stampa FNOMCeO

“Che cosa sono milioni e milioni di notti in bianco? Niente”.

Si apre così, con l’immagine di un cielo stellato e poi con quella di una donna alla finestra che guarda un’operazione di soccorso, il nuovo spot della FNOMCeO, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, presentato oggi nel corso della Conferenza nazionale sulla Questione medica, che si è svolta a Roma al Teatro Argentina.

“Milioni” è il titolo dello spot. Milioni come i turni infiniti, come gli adempimenti burocratici, come le ore di straordinario non pagate, di ferie non fruita, le giornate passate “prigionieri di protezioni soffocanti”, le chiamate e i messaggi a qualunque ora. Le lacrime versate per chi non ce l’ha fatta. Eppure, cos’è tutto questo? “Niente – risponde la voce narrante -. Tutto questo è niente, di fronte a una sola vita salvata”.



Clicca sull’immagine per guardare lo spot

“Se, nonostante le carenze del sistema sanitario, i medici sono così amati, è perché sanno cosa conta davvero”: è questo il messaggio, mentre una scritta ricorda che l’80% degli italiani ha fiducia nei medici.

“Diamo forza al lavoro dei medici – conclude la voce narrante -. Sosteniamoli. Con più risorse, più personale, più strutture. Per garantire la salute tutti”.

“Abbiamo scelto un registro emozionale, coinvolgente, con immagini ad alto impatto nelle quali ciascuno, sia un medico oppure un paziente, può immedesimarsi – spiega il Presidente della FNOMCeO, Filippo Anelli -. Allo stesso tempo, queste immagini così toccanti rispecchiano la cruda realtà:

già nel 2018 avevamo quantificato in mezzo miliardo di euro il valore degli straordinari effettuati dai medici

ospedalieri oltre il tetto massimo, e per questo non retribuiti, e in un miliardo di euro il ‘risparmio’ dello Stato per il mancato turnover. Una situazione che ora si è aggravata, provocando un disagio profondo in tutti i medici, così come dimostrano le recenti indagini Anaa – Assomed, Cimo-Fesmed, Fimmg e la ricerca presentata oggi dall’Istituto Piepoli”.

Dopo il Covid rischia di aprirsi una vera e propria emergenza – aggiunge -. Pochi i medici negli ospedali, pochissimi sul territorio. È necessario ridare valore a una professione fondamentale per le nostre comunità per evitare quello che da molti è definito un esodo biblioco dagli ospedali e dal territorio. Nel 2025 mancheranno circa 50mila medici negli ospedali e 30mila sul territorio. Secondo una recente indagine del sindacato Cimo-Fesmed, solo il 28,4% dei medici ospedalieri vorrebbe rimanere come dipendente nel Servizio Sanitario Nazionale, il resto vuole lasciare o andare all’estero. Tra le motivazioni, i carichi di lavoro eccessivi, anche in violazione della normativa europea, e la smisurata mole di burocrazia e di compiti di natura amministrativa. E poi, la scarsa considerazione del ruolo sociale, una retribuzione non commisurata alle responsabilità, cui si è sommato lo stress dovuto al Covid. Analogo risultato ci viene dallo studio Anaa-Assomed, che quantifica in 21mila gli specialisti persi dal Servizio Sanitario Nazionale negli ultimi tre anni: per dimissioni volontarie, pensionamenti, invalidità al 100%, decessi. Stesso discorso sul territorio, dove i medici di famiglia in maniera sempre più significativa abbandonano il proprio incarico in anticipo rispetto all’età pensionabile e manifestano un fortissimo disagio derivante da eccessivi carichi di lavoro e da una delegittimazione mediatica senza precedenti: il 53,4% dei medici è insoddisfatto dell’organizzazione e addirittura un 83,7% dei medici non si sente sostenuto e supportato dalle istituzioni sanitarie, come testimoniato da un recente sondaggio Euromedia Research per Fimmg. I medici si trovano con un carico di lavoro enorme e improprio che necessita di un ripensamento generale, sia negli ospedali che sul territorio, dell’organizzazione del lavoro, che ha fatto il suo tempo e che non è più in grado di rispondere alle richieste di cittadini e pazienti. E a pagare il prezzo più alto sono infatti i pazienti: nel 2021 ci sono stati 60mila morti in più rispetto alla media 2015-2019. Ma non tutti sono morti di Covid: sono morti anche per tutte le patologie che sono rimaste indietro, trascurate perché i medici erano impegnati a curare, appunto, il Covid, i reparti riconvertiti, gli screening e gli interventi rimandati, come rileva l’Istat”.

“Eppure, come lo stesso sondaggio di Piepoli testimonia, i medici sono ancora una volta pronti a farsi carico di nuove incombenze, se queste possono tradursi in servizi utili e graditi ai cittadini – conclude -. Ma questa disponibilità va sostenuta: con più risorse, personale, strumenti. Perché la leggerezza con cui i medici portano sulle spalle il peso delle carenze del Servizio sanitario nazionale, tenendolo in piedi, è la forza stessa del sistema. E deve essere corroborata, supportata. Diamo forza al lavoro dei medici”.

IL DOTT. DANTE CESARETTI E LA DOTTORESSA ANNALISA CENDERELLI INSIGNITI CAVALIERE IN OCCASIONE DELLA FESTA DELLA REPUBBLICA

Carlo Manfredi, Presidente OMCeO Massa Carrara

La Festa della Repubblica libera dalla pandemia ma che non dimentica l'orrore della guerra, tornata in Europa.

In occasione della ricorrenza del 2 giugno, anche Massa-Carrara ha celebrato il 76° anniversario della nascita della Repubblica in Italia e a distanza di anni le cerimonie sono tornate a poter ospitare i cittadini. La giornata è cominciata alle 10,50 in piazza Aranci a Massa con lo schieramento del Plotone Interforze, davanti alle rappresentanze civili e militari.

A seguire si è svolta la cerimonia dell'alzabandiera, con l'esecuzione dell'inno nazionale da parte della filarmonica "G. Verdi" di Carrara, con l'ingresso della bandiera nazionale e del viceprefetto reggente Sabatina Antonelli. La cerimonia è proseguita col conferimento delle

onorificenze e con la lettura di un brano da parte degli studenti dell'Istituto Basanti-Salvetti di Massa, quindi la benedizione da parte del vescovo Mario Vaccari. A conclusione, è avvenuta la deposizione di una corona presso il monumento ai caduti.

Tra i dieci insigniti della provincia apuana spiccano il dottor Dante Cesaretti e la dott.ssa Annalisa Cenderelli ai quali OMCeO Massa Carrara fa le sue più sentite congratulazioni.



Il dott. Cesaretti assieme a viceprefetto e Sindaco di Massa



La dott.ssa Cenderelli assieme a viceprefetto e Sindaco di Carrara

Di seguito le motivazioni ufficiali:

“CAVALIERE Dott. Dante CESARETTI: laureato in medicina presso l'Università degli Studi di Pisa, conseguendo successivamente l'abilitazione alla professione di medico chirurgo, è iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Massa Carrara. Nel corso della carriera il Dott. Cesaretti ha ricoperto l'incarico di medico di fabbrica presso la Società Ferro Leghe del Gruppo Montedison, presso la Società Italiana Coke del Gruppo ENI, presso il gruppo Dondi -De Bartolomei e presso il "Consorzio Ecologia e risorse in movimento - per l'economia circolare". E' stato inoltre medico di medicina Generale convenzionato con l'Azienda Sanitaria Locale di Massa Carrara. E' Medico Competente presso l'azienda multinazionale Solvay Bario & Derivati di Massa.

Il Dott. Cesaretti, nel 2019, ha organizzato il primo convegno, a livello nazionale, dal titolo "Qualità ed Umanizzazione. Aver cura delle professioni di cura", finalizzato a migliorare il rapporto medico paziente per elevare la qualità delle prestazioni, che ha visto, come relatori, massimi esperti a livello nazionale ed internazionale. Dopo essere guarito dal Coronavirus ha aderito, quale testimonial, allo studio "plasmApuane-Cov2", promosso da medici dell'Ospedale cittadino per valutare l'efficacia e la sicurezza dell'infusione del plasma iperimmune di soggetti guariti dal Covid-19."

“CAVALIERE Dott.ssa Annalisa CENDERELLI: laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Siena nell'anno 2008, ha conseguito la specializzazione in Ortopedia e Traumatologia, nel 2015. La Dott.ssa Cenderelli ha prestato servizio presso l'ospedale pediatrico "Anna Mayer" di Firenze, e successivamente presso l'Ospedale civile delle Apuane di Massa, come dirigente di 1° livello, "specialista in Ortopedia e traumatologia". Dopo l'arruolamento volontario nell'Esercito Italiano, dal Prefettura di Massa-Carrara Ufficio Territoriale del Governo 30 aprile 2020 svolge la propria attività presso il "Policlinico Militare Celio" di Roma come medico con firma volontaria per l'emergenza Covid. Dal mese di marzo del 2020 collabora con l'Ospedale civile delle Apuane di Massa, fornendo un prezioso aiuto ai colleghi internisti del servizio notturno, durante la delicata gestione dell'emergenza pandemica. Nell'ottobre del 2020 ha vinto il concorso, con incarico a tempo indeterminato, di dirigente medico in Ortopedia e traumatologia presso l'Ospedale di Piacenza. Impegnata nel volontariato dal 1997 svolge tale attività presso l'ANPAS Croce Verde di Fossola e dal 2020 presso l'ANPAS Pubblica Assistenza di Carrara sezione Marina. Dal 2010 è socio medico aggregato della Fondazione medico Sportiva Italiana del C.O.N.I., nonché socio della Società italiana di Ortopedia e Traumatologia e del Club Alpino Italiano Sezione di Carrara, operando anche come tecnico soccorritore fluviale. Presso l'Associazione "Rafiki" di Siena ha prestato assistenza medica volontaria in Tanzania, partecipando alla giornata gratuita di screening del rachide per i bambini da 0 a 12 anni presso Il Centro Specialistico Pediatrico "L'Isola di Bau" di Certaldo e, nel 2019, a quella dedicata alle visite ortopediche gratuite presso la Casa della Salute di Aulla."

COMUNICARE IL CONSEGUIMENTO DEI PROPRI TITOLI ALL'ORDINE AL FINE DI POTER FORNIRE UNA CORRETTA E TRASPARENTE INFORMAZIONE ALLE ISTITUZIONI COMPETENTI E AI CITTADINI

Carlo Manfredi, Presidente OMCeO Massa Carrara

Dall'esame dell'anagrafe è emerso che molti iscritti, che nel frattempo hanno conseguito un Titolo di specializzazione, Dottorato di Ricerca, Master di II livello, Formazione specifica in Medicina Generale o altro, non hanno mai provveduto a comunicare questa variazione della propria posizione in seno all'Albo producendo un certificato/attestato o una autocertificazione.

Tale inadempienza genera spesso dubbi e perplessità sulla corretta attività professionale del medico sia da parte delle istituzioni deputate al controllo ed alla repressione dell'esercizio abusivo della professione (NAS e Guardia di Finanza in primis) che da parte dei cittadini non trovando riscontro negli albi pubblicati on-line (provinciale e nazionale).

Spesso viene chiesto un riscontro alla Segreteria dell'Ordine, in quanto "Garante" delle attività svolte dai professionisti, del possesso di una determinata specializzazione o altro titolo. Qualora l'interessato non lo abbia mai comunicato la Segreteria non potrà che rispondere negativamente.

Tutto questo a danno del buon nome e dell'onorabilità professionale del medico inadempiente.

Pertanto, alla luce di quanto sopra esposto, **l'Ordine invita i propri iscritti che si trovano in questa contingenza, a dare urgente comunicazione alla Segreteria dell'Ordine del conseguimento del proprio titolo specialistico o degli altri titoli sopra menzionati**, al fine di non ingenerare confusione e per fugare ogni dubbio e perplessità sulla corretta attività professionale svolta.



I FARMACI ANTIVIRALI ANTI-SARS-COV-2 PER PAZIENTI NON RICOVERATI

Carlo Manfredi, Presidente OMCeO Massa Carrara

La cura a domicilio dei pazienti affetti da infezione da virus SARS-CoV-2 che **non necessitano di ossigenoterapia ma che sono ad alto rischio di progressione verso una forma grave della malattia (tabella 1)** si può avvalere degli antivirali molnupiravir1, nirmatrelvir/ritonavir2 e remdesivir.

Tabella 1 Fattori di rischio associati ad evoluzione severa di Covid-19

- età > 60 anni, indipendentemente dalla presenza di comorbidità;
- patologia oncologica/oncoematologica in fase attiva;
- insufficienza renale cronica (esclusi pazienti in dialisi o con eGFR <30 mL/min/1.73 m²);
- broncopneumopatia severa;
- immunodeficienza primaria o acquisita;
- obesità (BMI ≥ 30);
- ipertensione arteriosa;
- malattia cardiovascolare o cerebrovascolare grave;
- diabete mellito non compensato;
- anemia falciforme;
- fumo.

Molnupiravir

Il Molnupiravir viene rapidamente idrolizzato a β-D-N4-idrossicitidina (NHC), un analogo nucleosidico della citidina. NHC viene incorporata nell'RNA virale ad opera della RNA polimerasi RNA-dipendente (RdRp) che viene indotta a commettere errori ripetuti di copiatura che rendono il virus incapace di replicarsi.

Nei pazienti con insufficienza epatica e renale trattati con molnupiravir non è richiesto alcun adeguamento della dose. I pazienti con compromissione renale severa, eGFR<30mL/min, sono stati esclusi dagli studi.

Lo studio MOVE-OUT randomizzato, controllato di fase III, molnupiravir (800 mg 2 volte al giorno per 5 giorni), iniziato entro i 5 giorni successivi all'insorgenza di COVID-19 lieve o moderato, rispetto al placebo.1 I 1433 pazienti arruolati erano adulti non vaccinati, non ospedalizzati, non in terapia con ossigeno e con almeno un fattore di rischio di malattia grave. L'endpoint primario comprendeva l'incidenza di ospedalizzazione o morte per qualsiasi causa nei 29 giorni successivi.

I dati finali dello studio hanno evidenziato una riduzione del 31% dell'endpoint primario che si è verificato in 48 pazienti (6,8%) fra i 709 trattati con molnupiravir, rispetto ai 68 su 699 (9,7 %) nel gruppo placebo (RAR 2,9% [95%CI 0,1, 5,9] p=0,012); NNT = 34). Il molnupiravir è risultato attivo contro la variante Delta, isolata nel 58% dei partecipanti sottoposti a sequenziamento genico.

Fra gli eventi avversi, più spesso rappresentati da diarrea, nausea, vertigini e cefalea di intensità lieve o moderata, un incremento del 3% dei casi del gruppo molnupiravir di moderata anemia è stata riscontrata nel rispetto al placebo.

Il molnupiravir ha un'attività mutagenica non selettiva che interessa anche la sintesi del DNA. E' pertanto controindicato in gravidanza e allattamento.

Le donne in età fertile devono adottare un metodo contraccettivo efficace durante il trattamento e per 4 giorni dopo l'ultima dose di farmaco. L'allattamento deve essere interrotto durante il trattamento e per 4 giorni dopo l'ultima dose.

Gli uomini sessualmente attivi con donne in età fertile devono impiegare un metodo contraccettivo affidabile durante il trattamento e per almeno tre mesi dopo l'ultima dose di molnupiravir. Molnupiravir non è autorizzato per i pazienti di età <18 anni, poiché può influenzare la crescita ossea e cartilaginea e nella grave insufficienza renale (eGFR<30mL/min).

Posologia

La dose di molnupiravir è di 800 mg (4 capsule da 200 mg) per os ogni 12 ore per 5 giorni. Iniziare il più precocemente possibile dal momento della diagnosi ed entro 5 giorni dall'inizio dei sintomi. Deglutite intere le capsule Lagevrio® 200 mg, con o senza cibo, senza aprirle, masticarle o frantumarle.

Nirmatrelvir/Ritonavir

La combinazione di nirmatrelvir (NMV) e del ritonavir (r) (Paxlovid®) è stata approvata per il trattamento del COVID-19 negli adulti che non richiedono ossigeno supplementare e ad elevato rischio di progressione sfavorevole di malattia.(Tabella 1). I 2 principi attivi sono

contenuti in 2 compresse diverse (NMV da 150 mg e ritonavir da 100 mg). La posologia è di 300 mg nirmatrelvir (2 cpr da 150 mg) con ritonavir (1 cpr da 100 mg) da assumere insieme ogni 12 ore per os per 5 giorni in soggetti di età ≥ 12 anni e di peso ≥ 40 kg. Il trattamento deve essere iniziato il prima possibile dopo una diagnosi di COVID-19 ed entro 5 giorni dall'esordio dei sintomi. Le compresse devono essere deglutite intere, con o senza cibo, e non masticate, rotte o frantumate.

NMV inibisce la proteasi principale di SARS-CoV-2 rendendo il virus incapace di assemblare le proteine di cui è costituito e di replicarsi. Il ritonavir è inattivo contro SARS-CoV-2 ma inibisce il citocromo P450 (CYP) 3A4, bloccando il catabolismo di NMV e aumentandone le concentrazioni plasmatiche e la durata dell'effetto antivirale. NMV viene principalmente escreto immodificato nelle urine e nelle feci poiché il CYP3A4 è bloccato da ritonavir. Pertanto nei pazienti con compromissione renale moderata la dose di nirmatrelvir deve essere ridotta, mentre, in caso di grave insufficienza renale o epatica e NMV/r è controindicato.2,13

Posologia di NMV/r (Paxlovid®) nell'insufficienza renale

eGFR	Dose di Paxlovid®
>60 mL/min	300 mg nirmatrelvir + 100 mg ritonavir per 2 volte al di per 5 gg
≥ 30 - <60 mL/min	150 mg nirmatrelvir + 100 mg ritonavir per 2 volte al di per 5 gg
< 30 mL/min	Non raccomandato

Interazioni farmacologiche

Le interazioni farmacologiche di NMV/r, a seconda delle combinazioni, possono comportare un eccesso di effetti terapeutici, ma anche una diminuzione fino alla perdita di efficacia del trattamento. Poiché ritonavir è un potente inibitore del CYP3A, può determinare livelli ematici più elevati di numerosi farmaci metabolizzati prevalentemente da questo isoenzima e interazioni clinicamente significative.

In considerazione delle numerose interazioni farmacologiche associate a Paxlovid, si raccomanda di indagare adeguatamente l'anamnesi farmacologica e di fare riferimento all'RCP del farmaco (par. 4.3, 4.4, 4.5) e al sito disponibile al seguente indirizzo:

<https://www.covid19-druginteractions.org/>

Farmaci che si possono associare con Paxlovid

ANTIBIOTICI Amikacina Amoxicillina Cefixime Ceftriaxone Cefotaxime Ciprofloxacina Doxiciclina Imipenem/Cilastatina Isoniazide Fluconazolo Levofloxacina Metronidazolo Moxifloxacina Nitrofurantoina Piperacillina/Tazobactam Tetraciclina Trimetoprim/SMX Vancomicina	ANTIDIABETICI Glicazide Insulina Metformina ANTICONVULSIVANTI Lamotrigina Valproato ANTIDEPRESSIVI Amitriptilina Clomipramina Fluoxetina Litio CARDIOVASCOLARI Amiloride Idroclorotiazide Furosemide Lisinopril Enalapril Losartan Spironolattone Fluvastatina Tutti i beta bloccanti
---	---

ANALGESICI Diclofenac Ibuproifene Paracetamolo ANTICOAGULANTI ANTIAGGREGANTI Aspirina Dalteparina Enoxaparina	ALTRI Allopurinolo Levodopa Levotiroxina Testosterone Senna Acido folico Magnesio
--	---

Lo studio randomizzato in doppio cieco, controllato con placebo, di fase II/III EPIC-HR, ha valutato l'efficacia di NMV/r in soggetti adulti non vaccinati con diagnosi confermata in laboratorio di infezione da SARS-CoV-2, nel 98% dei casi dovuta alla variante Delta, ad alto rischio di ospedalizzazione o morte (tabella 1). Nello studio sono stati inclusi 2.246 soggetti di età ≥ 18 anni con insorgenza dei sintomi da ≤ 5 giorni, randomizzati a ricevere NMV/r o placebo per os ogni 12 ore per 5 giorni.

L'*endpoint* primario comprendeva ospedalizzazione correlata a COVID-19 o morte per qualsiasi causa fino al 28° giorno di osservazione. NMV/r ha ridotto dell'88% il rischio di ospedalizzazione e morte rispetto al placebo che si è verificato in 8 soggetti (0.8%) trattati con NMV/r rispetto a 66 (6.3%) del gruppo placebo (NNT=18). Non sono stati segnalati decessi nel gruppo NMV/r contro i 12 del gruppo placebo.

La mortalità per tutte le cause, inesistente nel gruppo NMV/r, è stata dell'1,1% nel placebo (RAR: 1,1%, $p = 0,001$, NNT=91).

La variante principale di SARS-CoV-2 in entrambi i bracci di trattamento era la Delta.

Le reazioni avverse sono generalmente di intensità lieve. Le più comuni sono state disgeusia, diarrea, cefalea e vomito.

In caso di paziente donna potenzialmente fertile, poiché non sono noti gli eventuali effetti del farmaco in gravidanza, deve essere rinviata la fecondazione durante il trattamento con Paxlovid® e, come misura precauzionale, per 7 giorni dopo il completamento della cura. L'allattamento al seno deve essere interrotto durante e per sette giorni dopo il trattamento. Ritonavir riduce l'efficacia dei contraccettivi ormonali combinati, pertanto, si consiglia l'impiego di metodi anticoncezionali aggiuntivi o alternativi durante il trattamento e per il ciclo successivo.

Dato che il maggior beneficio interessa i pazienti a più alto rischio di progressione della malattia, in particolare quelli con condizioni multiple e gravi coesistenti e quelli incapaci di attivare sufficienti risposte immunitarie è opportuno che NMV/r venga riservato in prima battuta ai pazienti con queste caratteristiche e che la somministrazione sia iniziata entro 5 giorni dall'insorgenza dei sintomi.2

[Piano terapeutico AIFA per la prescrizione di nirmatrelvir/ritonavir](#)

Remdesivir

Remdesivir (**Veklury®**) è un profarmaco analogo nucleotidico dell'adenosina, metabolizzato nelle cellule ospiti a formare il metabolita trifosfato nucleotidico attivo, analogo dell'adenosina trifosfato (ATP). Può così competere con il substrato naturale dell'ATP per l'incorporazione nelle catene di RNA nascente da parte della RNA-polimerasi RdRp del SARS-CoV-2, causando la terminazione della catena ritardata durante la replicazione dell'RNA virale.

È stato condotto uno studio randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo, che ha coinvolto pazienti di età ≥ 60 anni non ospedalizzati con COVID-19 che hanno manifestato sintomi nei 7 giorni precedenti e con almeno un fattore di rischio per la progressione della malattia (tabella 1).3

I pazienti sono stati assegnati at random a remdesivir per via endovenosa (e.v.) alla dose di 200 mg/die il 1° e 100 mg/die il 2° e 3° giorno o un'infusione di placebo.

L'*endpoint* primario di efficacia composito comprendeva ricovero correlato a Covid-19 o morte per qualsiasi causa entro 28 giorni.

L'*endpoint* primario si è verificato in 2 casi (0,7%) nel gruppo remdesivir contro 15 (5,3%) nel placebo (hazard ratio [HR]: 0,13; 95%CI: da 0,03 a 0,59; $p=0,008$; RAR 4,4; NNT=22).

Non si è verificato nessun caso mortale in entrambi i gruppi. Il beneficio era coerente tra i sottogruppi per età e comorbidità. Il farmaco è stato ben tollerato.

Il profilo di sicurezza di remdesivir è stato del tutto accettabile.3

Costituiscono controindicazioni al trattamento con remdesivir valori di transaminasi superiori a 5 volte i valori normali e un eGFR < 30 mL/min

Il remdesivir ha ottenuto l'indicazione relativa al trattamento di COVID-19 anche negli "adulti che non richiedono ossigenoterapia supplementare e presentano un aumento del rischio di progressione a COVID-19 severa". Il trattamento, che prevede una somministrazione endovenosa al giorno per 3 giorni, deve essere iniziato il prima possibile dopo la diagnosi di COVID-19 ed entro 7 giorni dalla comparsa dei sintomi.

I pazienti trattati con remdesivir in ambiente ambulatoriale devono essere monitorati per la comparsa di reazioni di ipersensibilità severe, inclusa l'anafilassi.



Bibliografia

1. Jayk Bernal A, Gomes da Silva MM, Musungaie DB, et al. Molnupiravir for oral treatment of Covid-19 in nonhospitalized patients. *N Engl J Med* 2022;386:509-20.
2. Hammond J, Leister-Tebbe H, Gardner A, et al. Oral nirmatrelvir for high-risk, nonhospitalized adults with Covid-19. *N Engl J Med*. DOI: 10.1056/NEJMoa2118542.
3. Gottlieb RL, Vaca CE, Paredes R, et al. Early remdesivir to prevent progression to severe Covid-19 in outpatients. *N Engl J Med* 2022;386:305-315. DOI: 10.1056/NEJMoa2116846

Anno XXXI - Numero 2

Isritto al n°291 del Registro Stampa
del Tribunale di Massa Carrara in
data 11 aprile 1991

Direzione ed Amministrazione Piazza
Giacomo Matteotti 4, 54033 Carrara
(MS)

Telefono 0585 70373



Direttore Responsabile
Carlo Manfredi

Progetto grafico e redazione
Giuseppe D'Aleo

Consiglio Direttivo:
Presidente

Dott. Carlo Manfredi

Vice Presidente
Segretario
Tesoriere
Consiglieri

Dott. Massimo Losi
Dott. Cesare Tonini
Dott. Umberto Piemontino
Dott.ssa Maria Santina Bianchi
Dott. Lino Bologna
Dott. Giovanni Nannini
Dott. Claudio Rasetto
Dott.ssa Paola Vivani

Componenti odontoiatri

Dott. Corrado Stefani
Dott.ssa Barbara Pianini

Commissione iscritti All'Albo degli Odontoiatri:
Presidente

Vice Presidente
Componenti Odontoiatri

Dott. Corrado Stefani
Dott. Massimo Rossi
Dott.ssa Simona Bonati
Dott.ssa Caterina Fucigna
Dott.ssa Barbara Pianini
Dott. Corrado Stefani

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI

OMCeo
MASSA CARRARA

Collegio dei Revisori :
Presidente

Dott. Lorenzo Rossi
dottore commercialista
Dott.ssa Anna Baldi
Dott. Marco Bartoli
Dott. Stefano Mirengi

Componenti effettivi

Componente supplente