

# M.D.

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

Anno XXVIII, numero 1 - 2021

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

## IN QUESTO NUMERO

### FOCUS ON 6

**Le richieste  
della Medicina Generale  
aspettando il Recovery Plan**

### PROFESSIONE 13

**Chi nega le evidenze  
scientifiche non dovrebbe  
fare il medico**

### CLINICA 32

**Polmonite da SARS-CoV-2  
ed embolia polmonare**

### RASSEGNA 35

**Invecchiamento  
cardiovascolare  
e longevità**



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



## Vincenzo Contursi

*Responsabile Scuola di Alta Formazione  
della Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie (SIICP)*

**Covid-19, Cronicità e Sanità Digitale:  
le nuove sfide della Medicina Generale**

## M.D. Medicinae Doctor

Anno XXVIII numero 1 febbraio 2021

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

### Direttore Responsabile

Dario Passoni

### Comitato di Consulenza di M.D.

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

### Redazione

Patrizia Lattuada  
Anna Sgritto  
Livia Tonti  
Elisabetta Torretta

### Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

### Pubblicità

Teresa Premoli  
Sara Simone

### Passoni Editore s.r.l.

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

### Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

# In questo numero

## ATTUALITÀ

- **Prima pagina**  
Covid-19, Cronicità e Sanità Digitale: le nuove sfide della Medicina Generale ..... 5
- **Focus on**  
Le richieste della Medicina Generale aspettando il Recovery Plan ..... 6
- **Dibattito**  
Quale medicina territoriale dopo la pandemia? ..... 8
- **Riflettori**  
Buon compleanno PiC, è tempo di andare in pensione ..... 11
- **Contrappunto**  
Costretti a improvvisare in un Vietnam sanitario ..... 12
- **Professione**  
Chi nega le evidenze scientifiche non dovrebbe fare il medico ..... 13
- **Prospettive**  
Il risveglio digitale della sanità dal sonno analogico ..... 14
- **Sanità digitale**  
Televisita e teleconsulto: identikit e normative ..... 20
- **Previsioni**  
Oltre l'emergenza per una nuova visione del nostro Ssn ..... 22

## AGGIORNAMENTI

- **Cardiologia**  
Interconnessione tra cuore, corpo e mente ..... 24
- **Diabetologia**  
Stratificazione del rischio cardiovascolare nel diabete ..... 25
- **Medicina respiratoria**  
Management degli effetti a lungo termine di Covid-19 ..... 26
- **Neurologia**  
Diagnosi precoce della malattia di Alzheimer ..... 27
- **Otorinolaringoiatria**  
Screening dell'ipoacusia nelle cure primarie ..... 28
- **Pneumologia**  
Gestione della BPCO in relazione a SARS-CoV-2 ..... 29

## CLINICA E TERAPIA

- **Diario ambulatoriale**  
La settimana di un medico di famiglia ..... 30
- **Clinica**  
Polmonite da SARS-CoV-2 ed embolia polmonare.  
Correlazioni fisiopatogenetiche e implicazioni clinico-terapeutiche ..... 32
- **Rassegna**  
Invecchiamento cardiovascolare e longevità ..... 35
- **Documenti**  
Covid-19: la gestione integrata di malattia ..... 38
- **Ricerche**  
Impatto psicologico della pandemia in MG ..... 39
- **Counselling**  
Assistere gli anziani con compassione ..... 40
- **Rapporto medico-paziente**  
La relazione di cura e la mascherina ..... 42
- **Rassegna da Nutrienti e Supplementi** ..... 43

# Covid-19, Cronicità e Sanità Digitale: le nuove sfide della Medicina Generale

Il sopravvenire dell'emergenza sanitaria dovuta al nuovo coronavirus SARS CoV-2 e al diffondersi della pandemia Covid-19 ha inciso in modo drammatico sulla vita delle persone e sugli equilibri sociali del Paese - ha precisato **Vincenzo Contursi**, Responsabile Scuola di Alta Formazione della Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie (SIICP), nell'intervista rilasciata a *M.D. Medicinae Doctor* - ma ha anche svelato impietosamente criticità e limiti del Ssn. Da un lato si è compreso come anni di defianciamento del Ssn e dei percorsi formativi in ambito sanitario (Corsi di laurea e Scuole di Specializzazione) si siano tradotti in infrastrutture e organigrammi insufficienti e inadeguati, messi in grave crisi dalla acuzie pandemica. Ancor più è emersa la inadeguatezza organizzativa e strutturale della Medicina Generale, già da tanti anni penalizzata dalla miopia delle alterne politiche sanitarie, con la macroscopica e cronica carenza di risorse (infrastrutture, infermieri, collaboratori di studio, diagnostica di primo livello...) e fanalino di coda in Europa sul piano degli standard tecnologico-strumentali (*Building Primary Care in a changing Europe; European Observatory on Health System and Policies, WHO, 2015*).

“Quindi nell'immediato futuro - tiene a sottolineare Contursi - bisognerà tornare ad investire strategicamente sulla sanità e sulla salute dei cittadini, avviando un processo di profonda ristrutturazione della Medicina Territoriale e non solo. Tuttavia, l'emergenza sanitaria in corso ha contestualmente innescato una accelerazione 'senza ritorno' di importanti processi di innovazione, dischiudendo lo scenario a nuove vie e nuove riflessioni per la completa revisione organizzativa e modernizzazione del sistema sanitario stesso. In particolare stiamo assistendo a una straordinaria accelerazione della innovazione digitale in sanità, sia nel rapporto medico/paziente sia nel controllo e gestione delle malattie, in particolare delle patologie croniche, con il ricorso a nuove strategie e strumenti quali piattaforme digitali e App per il controllo remoto del paziente. Con l'obiettivo di tutelare la salute dei pazienti e del personale sanitario, riducendo sensibilmente le visite in presenza e facilitando la presa in carico del paziente cronico e migliorarne l'aderenza terapeutica”.

“Lo scorso 17 dicembre la Conferenza Stato-Regioni ha approvato le Linee Guida: *Indicazioni nazionali per l'erogazione delle prestazioni di telemedicina*, elaborate dal Centro Nazionale per la Telemedicina e le Nuove Tecnologie Assistenziali dell'Iss, su mandato del Ministero della Salute. Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza saranno assimilate a qualunque prestazione sanitaria diagnostica e/o terapeutica, rappresentandone una alternativa e migliorando l'equità distributiva, l'accessibilità e l'efficienza del sistema”.

“Anche in quest'ambito - conclude il Responsabile Scuola di Alta Formazione SIICP - la formazione non solo sarà fonte di sviluppo di conoscenze e competenze, ma sarà la leva strategica del cambiamento della professione e della sua organizzazione”.



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

# Le richieste della Medicina Generale aspettando il Recovery Plan

“Servono investimenti veri e strutturali per la Medicina Generale”. È stato questo il mantra della Fimmg durante l’audizione alla Camera sul Recovery Plan di cui ha fortemente criticato quanto previsto per il comparto salute. Mentre lo Smi, tra le proposte indicate, ha messo al centro la richiesta di una scuola di specializzazione per la Medicina Generale

■ **Fimmg.** “Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in particolare quanto proposto al capitolo 6 (inerente a comparto Salute *nrd*), rimane, a nostro avviso, ancora fermo su affermazioni di principio generiche e prive di una proposta incisiva che, a fronte della dichiarata volontà politica, affronti con decisione una svolta nella programmazione e nella destinazione chiara dei finanziamenti”. Esordisce così la Fimmg nell’audizione, tenuta di recente, presso la Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati sul Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

“Da tempo la Fimmg - si legge nella relazione - sottolinea la necessità di una evoluzione del sistema assistenziale territoriale, in termini di medicina di prossimità, già messo a dura prova, anche prima dell’emergenza sanitaria dell’ultimo anno, dall’aumento di richiesta di assistenza generata dall’invecchiamento della po-

polazione che trascina con sé cronicità, disabilità, non autosufficienza, terminalità che vanno a sommarsi alle attività quotidiane della gestione delle acuzie minori. Il tutto in un contesto di diminuita offerta ospedaliera di posti letto. L’attuale pandemia ha reso palese la necessità di investimenti veri, strutturali e con scadenze programmatiche precise nelle cure primarie e nella medicina generale in particolare. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, in particolare quanto proposto al capitolo 6 (comparto Salute: assistenza di prossimità e telemedicina; innovazione, ricerca e digitalizzazione dell’assistenza domiciliare *nrd*), rimane, a nostro avviso, ancora fermo su affermazioni di principio generiche e prive di una proposta incisiva che, a fronte della dichiarata volontà politica, affronti con decisione una svolta nella programmazione e nella destinazione chiara dei finanziamenti”.

“L’unico punto - precisa Fimmg - apparentemente innovativo, ma di fatto riedizione di modelli già attuati con scarsi o nulli effetti sull’assistenza, è quello delle ‘Case della Comunità’. Anche su questa proposta si rimane tuttavia su generiche dichiarazioni, lontane dalla realtà quotidiana dell’assistenza ambulatoriale e domiciliare. Si rimane ad esempio legati alla mera divisione numerica della popolazione senza tenere conto delle caratteristiche del territorio e della popolazione stessa che vi abita. Non si prende in considerazione quale paziente e con quale modalità operativa il *team* multidisciplinare prenderà in carico e quale sarà la sua articolazione”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il pdf della Relazione Fimmg

■ **Sindacato dei Medici Italiani (Smi).** “Rafforzamento della medicina territoriale, Scuola di specializzazione per la medicina generale, maggiore tutela della salute dei medici e dei sanitari”. Sono state queste, in sintesi, le proposte dello Smi esplicitate nell’audizione alla Camera dei Deputati. In merito alle Case della Comunità e

presa in carico delle persone non sono mancate critiche: “Il Progetto - dichiara Smi - nasce per potenziare l’integrazione complessiva dei servizi assistenziali socio-sanitari per la promozione della salute e la presa in carico globale della comunità e di tutte le persone, siano esse sane o in presenza di patologie e/o cronicità.

Questo modello organizzativo, che coinvolge la medicina generale, con tutti i suoi compiti ad oggi riconosciuti e tutta la rete territoriale dell’assistenza, ha molte criticità e troppe similitudini con le Case della Salute che già hanno visto risultati scadenti in termini di obiettivi di risultato, nei dati pubblicati da Agenas nel 2012”.

## Le proposte dello Smi

1. Risolvere l'imbuto formativo e trasformare il Corso di Medicina Generale in Specializzazione a livello universitario con interazione con la medicina territoriale a livello pratico.
2. Aumentare gli organici, aumentando le borse di studio come corso di specializzazione universitario assumendo quindi i medici di medicina generale che non saranno solo formati, ma specializzati e gli specialisti necessari a coprire i pensionamenti in area territoriale ed ospedaliera.
3. Impostare la rete territoriale anche tramite una nuova visione del ruolo del medico di medicina generale che possa rappresentare concretamente la figura del "medico del territorio", in stretta correlazione con le altre figure del Ssn globalmente inteso. È da questa rete operativa che nasce la offerta assistenziale orientata alla presa in carico del paziente cronico.
4. Modificare l'art. 8 della 502 /92

con apposito disposto legislativo, riaprendo l'area della medicina dei servizi, valorizzando nuovamente le funzioni proprie della Medicina Scolastica, attività da sempre propria della medicina del territorio, e tutte le numerose attività istituzionali del Ssn, da anni in carenza di personale e consentire il passaggio a dipendenza sia della Continuità Assistenziale che della medicina dei servizi, già attività integrate nelle aziende sanitarie a quota oraria.

5. Applicare la legge Balduzzi con gli appositi finanziamenti alle Uccp, unità fisiche distrettuali (almeno uno per distretto), finalizzate all'applicazione dei PDTA all'interno di queste strutture distrettuali coagulando il personale territoriale frammentato delle Asl ed assumendo il personale medico, infermieristico e sanitario necessario per creare il secondo livello di assistenza territoriale a supporto della medicina gene-

rale spostando al loro interno gli investimenti in attrezzature già previsti così da decongestionare i Pronto Soccorso e le strutture ospedaliere che diverrebbero il terzo livello di intervento.

6. Realizzare la dipendenza atipica per le figure convenzionate tuttora prive di tali tutele, come invece previsto in altri paesi europei mantenendo le strutture territoriali già presenti e garantendo le tutele caratteristiche della dipendenza.

7. Il PNNR deve prevedere misure finalizzate al riconoscimento dell'infortunio sul lavoro per i medici di medicina generale a seguito di contagio da Covid.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il pdf della Relazione Smi

### Come investire le risorse previste per il Ssn

Potenziamento dell'assistenza domiciliare e territoriale, più medici e infermieri, digitalizzazione. Sono queste le richieste della professione emerse durante il recente webinar "Recovery Fund, investimento in salute e sostenibilità, organizzato da Motore Sanità".

**I medici di medicina generale** hanno più volte ribadito il bisogno della medicina generale di un sistema più strutturato a livello di personale e di strumentazioni (tecnologie) per assicurare le più efficaci cure e la migliore assistenza al paziente. "Lo ribadiamo - ha dichiarato Claudio Cricelli, Presidente Nazionale Simg - perché è importante far operare 46mila medici di medicina generale, aggregarli in strutture che funzionino sul territorio e che intercettino le esigenze dei loro assistiti. Per fare questo è necessario il potenziamento stimato in circa 90 mila unità, della dotazione di personale sanitario, e penso alla figura dell'infermiere, e di personale di segreteria, per un investimen-

to annuale stabile di 3,8 milioni. E poi sono necessarie strutture adeguate per esercitare la professione sanitaria e anche infrastrutture digitali".

La FNOMCeO esprime la necessità di avere progetti adeguati, concretezza e progettualità adeguate. "Sarà necessario potenziare il personale sanitario - ha avanzato Giovanni Leoni, Vicepresidente Nazionale FNOMCeO - e avere una condivisione delle informazioni. La condivisione delle informazioni è qualcosa di fantastico tra il territorio e l'ospedale, la base è dunque la possibilità, al netto delle implementazioni del fascicolo sanitario elettronico di cui si parla da moltissimo tempo, di trovare un linguaggio comune per quanto riguarda i dati del laboratorio, trovare un sistema universale per quanto riguarda le radiografie. Persino tra gli ospedali le cartelle elettroniche sono differenti. Speriamo di essere coinvolti nella bozza del *Recovery Plan* per portare le nostre proposte".

# Quale medicina territoriale dopo la pandemia?

Riceviamo e volentieri pubblichiamo la sintesi di una missiva inviata alla nostra redazione dal dottor Antonio Infantino, medico di medicina generale di Bari, che analizza e valuta le proposte della Fimmg nell'audizione presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica sul tema "Potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca post-Covid"

**G**entile Direttore, la Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica ha recentemente avviato alcune audizioni sul tema "Potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca post-Covid" indubbiamente resesi necessarie per la consapevolezza che l'anello debole dello scenario pandemico generale si sia rivelato essere proprio la medicina territoriale, che ha nella medicina generale convenzionata la sua attrice protagonista.

A tale proposito, da medico di medicina generale, mi ha particolarmente interessato per la sua impostazione e per i suoi contenuti, l'audizione della Fimmg (*Medicinae Doctor* 2020; 8:7-8) sulla quale vorrei fare alcune considerazioni.

È di tutta evidenza come il discorso del sindacato audito dia l'impressione di aver principalmente voluto allontanare dalla mente degli "auditori", ove presente, l'idea del passaggio alla dipendenza dei medici di medicina generale (Mmg) che sempre più prepotentemente sta emergendo e viene auspicato da una crescente quota di colleghi (direi non più trascurabile da parte dei decisori ormai), come da parte di numerosi fra amministratori, sindacati, politici, *opinion leader*, stu-

diosi, tecnici e quant'altri.

L'idea aleggiava già da diversi anni in verità, ma la necessità di ristrutturare la medicina territoriale, anche dal punto di vista contrattuale, l'ha definitivamente messa in evidenza la pandemia da SARS-CoV-2 che ha slatentizzato i suoi gravi limiti in termini di requisiti organizzativi, strutturali (gli studi professionali), di governo, e pertanto funzionali, proprio a causa della natura del rapporto convenzionato che mal si coniuga con tali requisiti, convincendo così tutti i succitati addetti ai lavori della necessità ed indifferibilità di questo radicale cambiamento; mai come in questi ultimi mesi si erano alzate tante voci pro-dipendenza degli operatori delle cure primarie, Mmg *in primis*, sui diversi canali di informazione.

Mi sarei atteso che la relazione della Fimmg fondasse il suo intervento sull'analisi del cosa non ha funzionato nel corso della pandemia e che esprimesse la visione del sindacato relativamente al potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale "nell'epoca post-Covid" come richiesto dall'audizione, ma a questo tema sono state riservate solo alcune marginali considerazioni ponendo a tale proposito ulteriori quesiti piuttosto che suggerimenti o soluzioni.

## ► Riproposizione di vecchi modelli

Il corpo principale del discorso è stato invece incentrato sulla riproposizione di proposte/modelli "dell'epoca pre-Covid", quelli per la gestione delle cronicità in sostanza, che denotano il non aver preso atto delle criticità di fondo emerse nel sistema della medicina territoriale durante la pandemia Covid; pertanto un discorso finalizzato esclusivamente a mantenere e consolidare le posizioni acquisite con il modello convenzionale attuale che d'altra parte, datato ormai 40 anni, è il padre di tutte le criticità emerse.

Dal testo del documento non emerge purtroppo niente di nuovo per l'epoca post-Covid leggendosi di un modello basato sui soliti capisaldi di quel sindacato e su alcune "novità" che se mai fossero implementate sarebbero a mio parere peggiorative rispetto allo *status quo*.

Nell'insieme dei punti toccati ne avrei individuati alcuni sui quali vorrei singolarmente esporre il mio punto di vista: valutazioni demografiche, oro/geografiche e di insostenibilità economica, dotazione tecnologica, *microteam*, riconoscimento economico a quota capitaria per le attività concordate come di base, scelta fiduciaria del cittadino,

armonia fra rapporti convenzionali di tutte le figure operanti con i Mmg e quello dei Mmg, autonomia del Mmg, medicina generale e dipendenza pubblica.

► **Valutazioni demografiche, orogeografiche e di insostenibilità economica:** da una situazione che di fatto identifica il nostro territorio e la nostra popolazione da sempre, si fa derivare la necessità di rivisitare il Ssn tarando gli interventi sulla cronicità e passando dalla medicina d'attesa a quella di iniziativa; di fatto la riproposizione di una necessità nota da tempo e che tutti conosciamo benissimo. Quindi niente di nuovo da questo punto di vista. Ma quello che rappresenterebbe una novità, in negativo a mio parere, è che il 17% della popolazione italiana (poco più di 9 milioni) vive in paesi con meno di 5.000 abitanti sul 50% di tutta la superficie del territorio italiano, per non penalizzare questa parte della popolazione, si voglia organizzare un modello gestionale elementare adattato a tale realtà che debba poi essere "moltiplicato" per gestire la salute del "restante" 87% che vive in aree a più alta densità abitativa (poco più di 50 milioni)! Difficile anche solo pensare ad un modello così flessibile da poter essere adatto tanto al paesello di poche migliaia di abitanti quanto alla grande città metropolitana. Avrei trovato più logico partire da un modello gestionale per l'87% della popolazione (la massa critica) da adattare se possibile al 17% o, perché no, a due modelli diversi;

► **Dotazione tecnologica:** irrinunciabile secondo il relatore, "anche a proprio carico", affermazione alquanto sibillina che prelude ad ennesime iniquità fra colleghi, forse perché i 235 milioni di euro stanziati per tale destinazione d'uso si vanno già perdendo in tanti rivoli. Uno sguardo corto si fermerebbe alla grande op-

portunità data dall'attribuzione "statale" della dotazione tecnologica, ma guardando più in là, trattandosi di medici convenzionati, ben altre implicazioni comporterebbe tale attribuzione tra i medici assegnatari e quelli che dovranno acquistarla in proprio per essere competitivi, per non parlare della regolamentazione e controllo di tali prestazioni quali, immagino, ulteriori "prestazioni di particolare impegno professionale". Ben diverso sarebbe se l'investimento lo Stato lo facesse per se stesso ad uso da parte dei "propri" medici come avviene in quei paesi europei dove il Mmg è dipendente;

► **Microteam:** proposto come la svolta organizzativa epocale della medicina generale, trattasi invece di un modello vecchio perché già previsto dall'ormai antico ACN MG 2004-2005 all'art. 54, di cui non tutti i Mmg hanno potuto avvalersi per la mancanza di fondi il c.d. *microteam* si è distinto per gli enormi problemi organizzativi che ha determinato nella sua declinazione associativa. Infatti, mentre il *microteam* può essere senza alcun dubbio una buona soluzione per il Mmg che lavora da solo, o quello che lavora in forme associative non lo è altrettanto per quel Mmg che lavora e sempre più lavorerà in quelle forme associative complesse a sede unica quali le medicine di gruppo che sono invece quelle che dovrebbero prestare assistenza alla stragrande maggioranza dei cittadini.

Se è vero che il principio fondamentale delle forme associative, sancito nell'ACN all'art. 54, comma 4, lettera g) è che "[...] ciascun partecipante alla forma associativa si impegna a svolgere [...] la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa medesima [...]", se è anche vero che l'art. 54 comma 9 lettera "d" ammette "l'utilizzo da parte dei componenti il

gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo un accordo interno", è altresì vero che le norme di legge in materia di lavoro vietano che i dipendenti di un determinato datore di lavoro possano lavorare contestualmente per altri che non siano il proprio datore di lavoro. Inoltre è successo che in quei casi in cui il rapporto "datore di lavoro-proprio dipendente" sia stato interpretato rigidamente (secondo Legge quindi), si sono venute a creare dinamiche assolutamente incompatibili con la visione e missione della forma associativa. Quindi situazioni ad altissimo rischio per il medico "in gruppo" schiacciato "fra l'incudine e il martello": da un lato, il venir meno degli obblighi convenzionali nel caso del medico che non consenta al suo personale di lavorare anche per gli assistiti degli altri medici, dall'altro, ove il medico a suo rischio e pericolo condivida con i colleghi l'opera dei suoi dipendenti, la possibilità concreta di sanzioni da parte dell'Ispezzorato del Lavoro e/o di vertenze da parte del personale assunto da altri medici. Tali modalità, spesso diversamente interpretate anche all'interno di uno stesso gruppo, ne hanno determinato in molti casi lo scioglimento, in altri l'istaurarsi di contenzioso legale fra gli associati, in altri ancora condizioni umane e lavorative ai limiti della sopportazione. In molti casi si è cercata la soluzione costituendo società (coop in primis) che però non hanno certamente semplificato la vita dei medici.

Se per un attimo dimenticassimo tutti i paradossi, i rischi e le complicazioni appena descritte, cosa sarebbe più antieconomico per lo Stato, dotare ciascuno dei 40.000 Mmg convenzionati italiani di un infermiere e di un collaboratore di studio o il costo del personale nel modello della dipendenza che inve-

ce consentirebbe economie di scala che il *microteam* per tutti i Mmg convenzionati non consentirebbe di certo? E dove si troverebbero 40.000 infermieri per i *microteam* della medicina generale lì dove non se ne trovano già adesso, e in particolare non se ne trovano in ragione dei contratti che può offrire la medicina generale. Per tutto quanto descritto è evidente che il *microteam* non può funzionare.

► **Riconoscimento economico a quota capitaria per le attività concordate come di base:** nel ricordare che la quota capitaria, è la madre di tutti gli sprechi di denaro pubblico, perché mina alla base l'appropriatezza delle azioni e la funzione di *gate-keeping* del Mmg, ancora una volta si propongono meccanismi che continuerebbero, come succede per le indennità per il personale di studio, a perpetrare le iniquità fra i Mmg questa volta addirittura sulla quota capitaria. Non credo di poter essere smentito affermando che non c'è Mmg in Italia che non aborrisca il meccanismo della quota capitaria, figurarsi poi se incrementata da premialità collegate a obiettivi che una parte dei Mmg non potrà neanche realizzare perché non potrà essere messa nelle condizioni di realizzarne le premesse (le forme associative complesse e *microteam*);

► **Scelta fiduciaria del cittadino:** ormai un falso mito! Se è vero che il rapporto fra cittadino e Mmg inizia per scelta fiduciaria (ma non sempre, perché sono tanti altri i meccanismi che portano alla scelta di un medico e non tutti virtuosi!), è altrettanto vero, che complice la libertà del cittadino, forse tutta italiana, di cambiare un Mmg ogni mese senza neanche doverlo motivare, tale rapporto fiduciario è veramente fiduciario solo per una limitatissima percentuale di casi, assistendosi

ogni giorno a ricusazioni facili. Chi, Mmg, non può ricordare di essere stato oggetto inconsapevole di centinaia di ricusazioni inspiegabili?

Il rapporto di fiducia si genera fra le persone non certo grazie al rapporto di lavoro in convenzione piuttosto che di dipendenza. Ed a tale proposito, soccorre ancora il modello spagnolo, dove ancorché assegnati inizialmente d'ufficio ad un determinato medico del centro medico più vicino, i pazienti possono comunque successivamente cambiare medico se non soddisfatti, e solo dopo opportuna motivazione;

► **Armonia fra rapporti convenzionali di tutte le figure operanti con i Mmg e quello dei Mmg:** Il solo pensare di dover far armonizzare diversi rapporti convenzionali fra di loro per far funzionare un sistema unico, mi induce perplessità se non preoccupazione. La condizione di libero professionista convenzionato e parasubordinato già costringe il Mmg ad una serie di difficili equilibri per poter lavorare in relativa tranquillità, figurarsi doversi interfacciare con altre figure a loro volta convenzionate.

► **Autonomia del Mmg:** nell'audizione il sindacato sostiene che l'autonomia del Mmg garantisce il rapporto fiduciario con il paziente e la personalizzazione delle cure quali elementi tipici della medicina generale, mentre la trasformazione del modello contrattuale porterebbe verso la standardizzazione delle cure. A mio parere ancora dei falsi miti. Ricordo che non ci si è potuti esimere da obblighi non contrattualizzati quando recentemente lo Stato ed alcuni sindacati (senza consultare la base) hanno dimostrato di poter modificare l'ACN "sic et simpliciter", per es. per inserire le nuove mansioni di cui tutti sappiamo. Quindi anche quello dell'autonomia appare una prerogativa superata.

► **Medicina generale e dipendenza pubblica:** l'audizione termina con alcune considerazioni finalizzate a ribadire la notoria contrarietà del sindacato all'ipotesi dipendenza per il Mmg, mettendo in guardia lo Stato sui limiti economici dell'operazione-dipendenza. Personalmente ritengo che debba essere preoccupazione dello Stato quella di decidere quale sia il miglior rapporto costo-beneficio per i cittadini, valutando per es. se riconvertire quelle strutture abbandonate di cui ogni comune italiano dispone e il cui stesso abbandono è di per sé un costo, per ospitarvi le Case della Salute con personale dipendente, piuttosto che avvalersi di un sistema di assistenza primaria allocato in studi inadatti spesso anche solo per l'attività ordinaria! Ma gli ammonimenti Fimmg si sono estesi anche ai limiti assistenziali del Mmg dipendente "... se si ipotizza un rapporto tra medici e pazienti di uno a 5-6 mila, con il cittadino che molto probabilmente dovrà fare molti più chilometri per trovare un medico, che non ha scelto, e tra questi i soggetti anziani e fragili che dovranno limitare i contatti con il medico delle cure primarie ...", visione soggettiva sia nell'ipotetico rapporto numerico che del probabile aumento delle distanze fra medico e pazienti. D'altra parte soccorre ancora il modello del Ssn pubblico spagnolo o anche portoghese, dove i Mmg sono dipendenti, per verificare quanto queste preoccupazioni siano senza alcun fondamento.

**Antonio Infantino**

Medico di Medicina Generale, Bari



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il pdf della lettera integrale

# Buon compleanno PiC, è tempo di andare in pensione

L'urgenza di un cambiamento paradigmatico, imposto dal coronavirus, mette ancor più in risalto l'irrazionalità del proposito di spostare i cronici dalle cure primarie a quelle ospedaliere, certificato anche dal fallimento della riforma lombarda della Presa in Carico (PiC) della cronicità e fragilità

**Giuseppe Belleri** - *Medicina Generale, Flero (BS)*

I triennio di sperimentazione della riforma lombarda della Presa in Carico (PiC) della cronicità e fragilità cade in contemporanea con la "scadenza" della Legge 23 del 2015 che della PiC era la madre. La prima DGR del 2017 prevedeva la centralità dei Gestori organizzativi della PiC, delegata al *Clinical Manager* ospedaliero come referente dei cronici in sostituzione del generalista, e la complementare marginalizzazione della MG da quest'area clinico-assistenziale, poi parzialmente corretta dalle successive DGR. Coerentemente con la "filosofia" della legge 23, la PiC faceva leva sulla concorrenza verticale - cioè tra primo livello generalista e secondo livello ospedaliero nella cornice del quasi mercato o *managed competition* - per spostare il baricentro degli equilibri sistemici dal territorio all'ospedale, con effetti a più livelli:

- dalla dimensione sociale di prossimità (il rapporto medico-paziente nel contesto comunitario) a quella economica (la dinamica domanda/offerta e le preferenze dei pazienti);
- dall'organizzazione orizzontale (il *network* sociosanitario territoriale) a quella ospedaliera verticale (la struttura gerarchica piramidale);
- dalla relazione di cura personale (la scelta/revoca del Mmg) al rapporto "contrattuale" con il Gestore organizzativo (il Patto formale con un anonimo *Clinical Manager*) che per-

seguiva la spersonalizzazione della relazione di cura;

- dalla collaborazione interprofessionale (PDITA) all'antagonismo tra primo e secondo livello per l'arruolamento e la gestione esclusiva dei pazienti, nel senso del gioco a somma zero della concorrenza amministrata.

## ► PiC e Covid-19

In base agli ultimi dati disponibili al 31 gennaio 2020 risultavano presi in carico 272.861 assistiti su 3.461.728 pazienti affetti da una o più patologie croniche, vale a dire il 7,8%; di costoro solo uno striminzito 5% è stato arruolato da tutti i Gestori ospedalieri della regione mentre "per ironia" il restante 95% è stato convinto ad aderire dai Mmg che dovevano essere messi ai margini dai competitor ospedalieri. Nel rapporto Agenas sulla legge 23 sono presenti alcuni dati interessanti sui pazienti arruolati, vale a dire:

A fine 2019 rispetto ad un numero complessivo di pazienti cronici pari a 3.461.728 (Agenas, 2020)

- il 36% (ossia 1.237.679) era assistito da un Mmg aderenti alla PiC
- il 20% (n = 250.883) di costoro aveva siglato il patto di cura.

Le percentuali di assistiti che hanno siglato il patto di cura era la seguente:

- 22% degli assistiti cronici di Livello 1
- 25% degli assistiti cronici di Livello 2
- 17% degli assistiti cronici di Livello 3

Con l'arrivo del Covid-19 sulla PiC è sceso l'oblio ed ora alla scadenza della Legge madre seguirà anche il declino della riforma figlia.

Il Covid-19 è stato un tragico stress test per tutto il sistema sanitario regionale facendo emergere le carenze latenti che covavano sotto l'immagine di un'eccellenza lombarda sbilanciata sull'ospedale. La diagnosi è chiara e accomuna tutti gli osservatori: serve un investimento per ripristinare una medicina territoriale degna di questo nome dopo che si è deliberatamente perseguita la sua marginalizzazione. Un sistema "ospedalocentrico" ha dimostrato la sua fragilità di fronte all'ondata pandemica, nonostante l'eroismo degli operatori sanitari: il caso dell'Ospedale bergamasco di Alzano ne è una tragica ed emblematica testimonianza. Oggi da più parti si invoca il potenziamento del territorio per fronteggiare un'emergenza infettiva tanto quanto 4 anni fa si perseguiva implicitamente il suo depotenziamento nella gestione della pandemia da cronicità. L'urgenza di un cambiamento paradigmatico, imposto dal coronavirus, mette ancor più in risalto l'irrazionalità del proposito di spostare i cronici dalle cure primarie a quelle ospedaliere, che il fallimento della PiC ha certificato.

- *L'articolo integrale è consultabile su <https://curprim.blogspot.com/>*

# Costretti a improvvisare in un Vietnam sanitario

Da un anno noi Mmg siamo in guerra contro il Covid-19, ma forse dovremmo chiamarla guerriglia anche perché, come combattenti, ci siamo spesso arrangiati, a modo nostro. Abbiamo perso più di 300 Colleghi: se avessimo potuto mettere in fila le loro bare, avremmo la fotografia di un cimitero di guerra. E ancora siamo con le teste abbassate, in trincea con i colpi che ci passano sopra e ogni tanto qualcuno va a segno

**Alessandro Chiari** - *Segretario Regionale Emilia Romagna Fismu*

**F**orse, ma non ci crediamo, un giorno, qualcuno costruirà un memoriale al Medico Ignoto dedicato ai Colleghi più sfortunati che non ce l'hanno fatta. In un anno, noi medici di medicina generale, siamo passati dall'essere eroi, gli angeli della salvezza, fino al punto di ritrovarci, dopo una terribile campagna mediatica, a precipitare nel più freddo girone degli Inferi dove regna il ghiaccio, ricordando che il signor Durante degli Aldighieri pose Lucifero tra il ghiaccio e non tra le fiamme. E siamo in molti a essere convinti che questa campagna denigratoria contro i Mmg sia servita solamente a distogliere l'attenzione dai veri incapaci e colpevoli, che comunque alla fine dovranno pur pagare qualcosa per la loro condotta dilettantistica. Crediamo che non sia necessario porre una Colonna Infame dove ascrivere i nomi dei colpevoli di tutto questo inferno, ma qualcuno, ripeto, dovrà assumersi delle responsabilità. Quando il pensiero perde il senso dell'umano cade prigioniero dell'ideologia e dell'astrattezza, dove piccoli uomini occupano il posto di grandi uomini e tutti guardano, ma pochi sanno vedere davvero. E così senza un vero piano pandemico si è navigato a vista come si è fatto nella

prima ondata, nella seconda e come faremo nella terza. Abbiamo, purtroppo visto che i vaccini antinfluenzali sono stati amministrati malissimo e ora vedremo che succederà con quelli anti-Covid, la cui partenza sembra più assomigliare alle false partenze delle gare di atletica che allo start di una corsa che finisca a un traguardo.

## ► Il flop delle Case della Salute

Quello delle CdS (Case della Salute) era già un progetto nato vecchio, perché progettato con uno sguardo rivolto al passato, che andrebbe rivisitato: l'unica figura che non dovrebbe farne parte è proprio il Mmg. La CdS dovrebbe essere il vertice di una rete territoriale di tutti i medici di quel territorio, non solo di un gruppo di medici. Invece per comodità si è fatto l'errore di costruire le CdS attorno alle medicine di gruppo, lasciando fuori gli altri Mmg. Inoltre, nella pandemia, il flop delle Case della Salute è evidente anche perché è un luogo che concentra troppe persone nelle sale comuni degli ambulatori dei Mmg. Purtroppo, i geni decisionali non hanno capito niente e vogliono rilanciare questa strategia perdente, almeno per i medici. Alla fine si favorisce l'inaridimento culturale e professionale

per mantenere il livello economico. Sappiamo che le CdS sono state progettate per una visibilità politica piuttosto che per quella sanitaria. Nel film *Quo Vadis* c'è una grande battuta: "Il popolo crede a qualsiasi menzogna specie se fantastica".

## ► Chi si ricorderà di loro?

E quei medici giovani che sono stati spediti in prima linea, nelle Usca, negli Ambulatori Covid e nella Continuità Assistenziale, dove andranno a finire, qualcuno si ricorderà di tutto quel lavoro che hanno fatto? Ci si ricorderà delle vite salvate e del filtro e della protezione data ai Colleghi territoriali e ospedalieri? Erano, per fortuna, in forza della giovane età, meno esposti, ma non per questo meno coraggiosi, perché comunque, anche questi, avevano a casa qualcuno che gli aspettava e che potevano comunque infettare. E tutti noi, colleghi Mmg, abbiamo avuto dei grandi collaboratori in questa schiera di giovani che si sono buttati nella mischia con il coraggio dei veterani. Se esiste un'etica professionale e una qualche dignità medica dovremo trovare un lavoro fisso a tutti questi "ragazzi". *"Soffia vento e vieni naufragio, almeno moriremo senza più il giogo sulle nostre spalle"*.

# Chi nega le evidenze scientifiche non dovrebbe fare il medico

“L’esercizio della Medicina è incompatibile con la negazione delle evidenze scientifiche. L’inosservanza di questo principio produce confusione e incertezza nei cittadini e quindi può essere lesiva della loro salute”. È quanto ha dichiarato di recente Claudio Cricelli, Presidente Simg

La pandemia da Covid-19 ha prodotto molte nefaste conseguenze anche nella comunicazione, dichiarando di fatto la crisi del giornalismo scientifico ormai soppiantato dalle riflessioni di qualunque commentatore e dall'improvvisazione di molti cronisti e giornalisti di altri settori. Nel breve arco di tempo di dodici mesi, la ricerca scientifica e gli studi clinici stanno producendo più osservazioni, scoperte, nuovi farmaci e vaccini che in qualunque altro periodo della storia umana. Questa enorme quantità di nuove scoperte pone in maniera drammatica il tema di quali siano le prove, le verità scientifiche alle quali i cittadini, i medici, l'autorità sanitaria, gli studiosi e i media possano accedere con la ragionevole sicurezza di affidabilità e credibilità.

“Il problema di una corretta informazione si pone in maniera crescente anche alla luce di singolari prese di posizione di singoli individui appartenenti o meno al mondo della Medicina - sottolinea **Claudio Cricelli**, Presidente Simg - che diffondono informazioni frutto di opinioni o credenze personali prive di qualunque fondamento scientifico. La diffusione di queste informazioni, talvolta tese alla negazione delle conoscenze prodotte dalla comuni-

tà scientifica internazionale, genera perplessità e confusione nell'opinione pubblica e nei cittadini, che sono disorientati e talvolta spinti ad applicare soluzioni, terapie empiriche o, peggio, a diffidare delle istituzioni scientifiche ufficiali”.

## ► La normativa dimenticata

“Pochi in questi mesi - precisa Cricelli - hanno ricordato che il nostro Paese si è dotato di una legge che afferma innanzitutto un principio di protezione della salute dei cittadini, la legge 24 dell'8 marzo 2017. Essa ha introdotto alcuni principi fondamentali, che tutelano la sicurezza delle cure e della persona assistita e la responsabilità professionale di coloro che esercitano le professioni sanitarie. Questa legge è costantemente dimenticata nei suoi principi fondamentali in particolare quando dispone che *“gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche del-*

*le professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute”*. Gli esercenti le professioni sanitarie sono pertanto obbligati al rispetto delle disposizioni di legge, che definiscono la “responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria”.

“Riteniamo pertanto che gli esercenti le attività sanitarie debbano rispondere sempre ed incondizionatamente al principio secondo il quale l'esercizio della Medicina è incompatibile con la negazione delle evidenze scientifiche e che l'inosservanza di questo principio produca confusione e incertezza nei cittadini e quindi possa essere lesiva della loro salute - conclude Cricelli - In qualità di Società Medico Scientifica accreditata ex legge 24/2017 raccomandiamo pertanto ai cittadini ed ai professionisti sanitari di attenersi nella pratica quotidiana esclusivamente alle raccomandazioni provenienti dall'Autorità Sanitaria pubblica ed alle indicazioni ispirate alle evidenze scientifiche diffuse dalle organizzazioni scientifiche accreditate che fondano la loro attività sul rigore della ricerca scientifica e della scrupolosa osservazione clinica, evitando di affidarsi alle opinioni di singoli professionisti”.

# Il risveglio digitale della sanità dal sonno analogico

La crescente diffusione della Tecnologia dell'Informazione e Comunicazione (ICT) nel sistema sanitario richiede il superamento di ostacoli non solo strutturali, ma soprattutto culturali e l'interazione con sistemi di conoscenza. La recente pubblicazione: Sanità 4.0 e Medicina delle 4P, cerca di dare un contributo in tal senso tentando di fare il punto della situazione attuale, aggregando i contributi di esperti nelle diverse discipline che sono coinvolte nella gestione della salute

**Giancarlo De Leo**

*Consulente in Editoria Medico-Scientifica e Sanità Digitale  
Socio e Segretario dell'Osservatorio Sanità Digitale dell'Associazione Italian Digital Revolution (AIDR)*

La pandemia causata da Covid-19, con tutte le connesse problematiche sia in ambito sanitario che sociale ed economico, ha creato in tutto il mondo la necessità di cambiamenti radicali e una accelerazione notevole verso l'applicazione di pratiche digitali. Mentre il costo dell'assistenza sanitaria tradizionale è diventato insostenibile, riuscire ad adottare misure di contenimento della spesa senza pregiudicare il livello di assistenza è diventato assolutamente una priorità.

Malattie croniche sempre più diffuse e una popolazione più anziana hanno già richiesto una trasformazione epocale con il passaggio da una medicina basata sulla diagnosi e sui trattamenti alla Medicina delle 4P (4P *Medicine*): Predittiva, Preventiva, Personalizzata e Partecipativa. Il termine 4P *Medicine* è stato coniato dallo scienziato Leroy Hood, esperto di biotecnologie, uno dei principali protagonisti di questa

trasformazione, convinto assertore del passaggio culturale dalla "cura delle malattie" alla "gestione complessiva del benessere degli individui". Hood sostiene che il concetto di paziente *standard* fra qualche anno verrà sostituito da quello di "individuo geneticamente unico", su cui cucire su misura l'approccio più corretto per preservare la sua salute o, meglio, il suo benessere. L'affermazione di questo modello sarà favorita, e dipenderà, dallo sviluppo delle 3 tendenze: medicina sistemica, dati generati dagli individui (IoT, social network) e rivoluzione digitale.

Le tecnologie dell'informazione e comunicazione sono assurte ad un ruolo pervasivo e strategico, in grado di modificare profondamente le attività economiche delle imprese e il comportamento dei cittadini nei confronti dell'utilizzo consapevole degli strumenti tecnologici.

L'emergenza Covid-19 ha portato a riconsiderare anche in Italia il la-

voro agile (*smart working*) e un grande aiuto è arrivato dalla Telemedicina, che ha permesso tra le altre cose di meglio supportare i pazienti cronici, di sveltire gli incontri tecnici e burocratici e di salvare vite umane.

## ► Una trasformazione dirompente

La crescente diffusione della Tecnologia dell'Informazione e Comunicazione (ICT) nella Sanità (Fascicolo Sanitario Elettronico, Cartella Clinica Elettronica, Telemedicina, Sistemi di Supporto alle Decisioni Cliniche, Stampa 3D, Intelligenza Artificiale, Chirurgia Robotica, App Biomedicali, Realtà Aumentata, ecc.) ha comportato una trasformazione digitale dirompente (*disruptive digital transformation*) con il superamento di ostacoli non solo strutturali, ma soprattutto culturali, ed ha visto nascere la cosiddetta Sanità 4.0.

L'introduzione delle nuove tecnologie digitali è diventato quindi

uno dei principali obiettivi in Sanità.

Ma se la tecnologia porterà significativi miglioramenti nel settore sanitario, anche in termini di assistenza personalizzata (medicina di precisione), le sfide da affrontare non mancano. Una di queste è quella di integrare i dati che provengono da diversi sistemi informativi e per far ciò occorre sviluppare alti livelli di interoperabilità che consentirebbero di gestire i cosiddetti grandi dati (*big data*) con la dovuta tutela della riservatezza. Tutto ciò richiede ingenti investimenti, sia in termini di tempi sia in termini di costi anche per acquisire la formazione professionale necessaria ad affrontare le nuove sfide poste dalla Sanità 4.0.

Per avere un quadro chiaro ed esauriente è stato pubblicato di recente l'*ebook* "Sanità 4.0 e Medicina delle 4P", curato da Gaetana Cognetti (Youcanprint, 2020). Questa pubblicazione vuole tentare di fare il punto della situazione attuale aggregando i contributi di esperti nelle diverse discipline che sono coinvolte nella gestione della salute. Oltre a voler offrire uno specchio delle nuove tematiche innovative che stanno determinando cambiamenti epocali nella scienza medica e nell'organizzazione sanitaria, questo volume, non a caso affidato alla cura di una bibliotecaria, tenta di far rientrare la scienza della documentazione e dell'informazione scientifica nell'ambito delle Tecnologie dell'Informazione e Comunicazione (ICT). Per primo in Italia, il com-

pianto medico Riccardo Maceratini, un pioniere dell'informatica applicata alla medicina, ha riconosciuto l'importanza, ancora abbastanza negletta nel nostro Servizio Sanitario Nazionale, del ruolo della documentazione scientifica, fuori dal consolidato stereotipo che immagina le biblioteche luoghi polverosi dove si custodiscono vecchi volumi. In realtà le biblioteche, in particolare in ambito biomedico, hanno messo in linea risorse avanzate come la base dati PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>), quando ancora non esisteva il Web e neppure Internet e sono oggi al centro dell'evoluzione tecnologica che è parte integrante dei sistemi di conoscenza che le stesse gestiscono e senza cui non sarebbe possibile svolgere alcuna ricerca né garantire cure appropiate ai pazienti.

Un altro aspetto di questo *ebook* è il tentativo di reintrodurre la lingua italiana nella terminologia correntemente utilizzata nell'ambito scientifico e tecnologico oggetto dell'opera. L'ultimo aspetto innovativo di questo testo è il tentativo di realizzare uno strumento ipertestuale, pur essendo brevi i vari contributi, laddove si è potuto questi sono stati collegati con altri documenti citati o semplicemente correlati in modo da rendere la materia più ricca e potenzialmente più aggiornata. L'*ebook* si pone pertanto l'obiettivo di contribuire allo sviluppo della consapevolezza relativa all'impatto dell'ICT e alla sua integrazione con la gestione delle conoscenze (documentazione, ontologie, web semantico, ecc.) recuperando anche gli aspetti umanistici (ma non perciò meno rilevanti scientificamente) del rapporto con i pazienti, non più oggetto passivo di trattamenti sanitari ma, insieme al personale sanitario, protagonisti delle proprie scelte di salute.

- Estratto dell'articolo pubblicato su *Italian Digital Revolution* <https://www.aidr.it/sanita-4-0-e-medicina-delle-4p-il-risveglio-digitale-dal-sonno-analogico/>

- Link per acquistare *ebook* (<https://www.youcanprint.it/medico-medicina-alternativa/sanit-40-e-medicina-delle-4p-9788831697750.html>)

Bibliografia disponibile a richiesta



Copertina realizzata da Alessandra Carpino

# Televisita e teleconsulto: identikit e normative

L'epidemia ha, di fatto, legittimato e sviluppato il ricorso a visite e consulti a distanza, grazie all'evoluzione delle tecniche digitali. Le Linee Guida Ministeriali 2020 sulla Telemedicina hanno definito gli indirizzi di gestione delle televisite di controllo tra medico e assistito e dei teleconsulti tra medico curante e medici specialisti

**Giulia Marin e Mauro Marin**

*Distretto Sanitario (PN), Azienda Sanitaria Friuli Occidentale*

In piena emergenza pandemica, con la sospensione delle attività ordinarie: visite specialistiche, di controllo, interventi di elezione; l'ampio mondo della "telemedicina" è a poco a poco diventato parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale quale elemento concreto di innovazione organizzativa nel processo assistenziale. Ci sono stati alcuni passaggi salienti.

Il Decreto Legge 8 aprile 2020 n. 23 ha *in primis* previsto all'art. 38 comma 4 che i medici di medicina generale (Mmg) e i pediatri di libera scelta (Pls) si dotino in autonomia di sistemi che consentano il contatto a distanza con i pazienti fragili e cronici gravi.

Le Linee Guida Ministeriali 2020 sulla Telemedicina<sup>1</sup>, in conformità al Rapporto Covid-19 n.12/2020 dell'Istituto Superiore di Sanità<sup>2</sup> hanno definito gli indirizzi di gestione delle televisite di controllo tra medico e assistito e dei teleconsulti tra medico curante e medici specialisti, al fine di garantire in sicurezza le comunicazioni a distanza in tempo reale per il monitoraggio clinico domiciliare e in residenze protette o in carceri delle

persone con patologie croniche stabilizzate, secondo i Lea (DPCM 12 gennaio 2017), superando i disagi correlati a lunghe liste d'attesa e spostamenti gravosi, in particolare per anziani e disabili. Le linee guida definiscono anche le regole amministrative per la rendicontazione, tariffazione e refertazione delle prestazioni in via telematica.

Per quanto concerne la responsabilità riferita all'attività sanitarie svolta in telemedicina va posto l'accento che a queste attività si applicano tutte le norme legislative e deontologiche proprie delle professioni sanitarie, nonché i documenti di indirizzo di bioetica. Resta infine nella responsabilità del sanitario la valutazione, al termine di una prestazione erogata a distanza, sul grado di raggiungimento degli obiettivi che la prestazione stessa si prefiggeva, ovvero l'obbligo di riprogrammazione della prestazione in presenza nel caso di insufficienza del risultato sia per cause tecniche sia per quelle legate alle condizioni del paziente.

**Televisita** consente ai sanitari di effettuare una valutazione a di-

stanza di *follow up* per determinate tipologie di assistiti attraverso un portale dedicato o un sistema di videochiamata installato su un *tablet* o *smartphone* dell'assistito o suo *caregiver* e sul computer del sanitario. È di norma una videochiamata limitata alle attività di controllo a distanza che non richiedono un esame obiettivo, a giudizio del medico e previo consenso dell'assistito, a favore di assistiti la cui diagnosi sia stata posta già in una precedente prima visita in presenza, con esame obiettivo e gli accertamenti del caso. La videochiamata consente l'aggiornamento dell'anamnesi, ispezione, valutazione di parametri rilevati da *devices* a domicilio dell'assistito, la trasmissione telematica di referti e accertamenti laboratoristici, ecografici e radiologici oltre al colloquio tra medico e assistito e/o suo *caregiver* per aggiornare valutazioni e cure e fornire informazioni e supporto necessario. La televisita può essere applicata anche nell'attività di *follow up* ambulatoriale specialistica, dei consultori familiari, dei servizi di salute mentale, ugualmente alla teleassistenza infer-



mieristica distrettuale quando un assistito con patologia già nota richieda un percorso di telemonitoraggio gestibile con valutazioni anamnestiche e trasmissione di immagini e parametri rilevati da *devices* domiciliari al fine di eventuali rivalutazioni e modifiche o integrazioni di cure.

**Teleconsulto** è una videoconsulenza di confronto a distanza tra medico curante e medici specialisti riguardo alle condizioni cliniche di un assistito, anche in differita senza la sua presenza in videovisita, ma attraverso la condivisione telematica di suoi dati clinici, referti, immagini e audio-video. È un'attività programmata a domanda e non utilizzabile in sicurezza per richieste in urgenza. Il teleconsulto contribuisce alla definizione del telereferto redatto al termine della visita erogata all'assistito dal medico curante, ma non dà luogo a un referto specialistico a se stante, a differenza della televisita o dell'accertamento diagnostico specialistico diretto all'assistito da parte del medico specialista per cui deve essere garantito il telereferto con firma digitale secondo normativa e connessione al fascicolo sanitario elettronico e ai sistemi informatici regionali.

► **Le principali piattaforme e app disponibili**

La *tabella 1* elenca le principali piattaforme e app disponibili per la telemedicina.

Si sconsiglia prudentemente l'erogazione di prestazioni di telemedicina nelle seguenti situazioni:

- Pazienti instabili con patologie acute o riacutizzazioni di patologie croniche in atto.
- Pazienti con patologie croniche e fragilità/disabilità per cui è impru-

**TABELLA 1**

**Esempi di link per televisita, telemonitoraggio e teleconsulto medico**

Area di attività	Link di connessione
<b>Videovisita</b>	1 <a href="https://www.liviconnect.com/it/">https://www.liviconnect.com/it/</a>
	2 <a href="https://pro.paginemediche.it/">https://pro.paginemediche.it/</a>
	3 <a href="https://digitalhealthitalia.com/gestione-pazienti-cronici-videovisita/">https://digitalhealthitalia.com/gestione-pazienti-cronici-videovisita/</a>
	4 <a href="http://ilmiomedicoinrete.it/">http://ilmiomedicoinrete.it/</a>
	5 <a href="https://davincisalute.com/">https://davincisalute.com/</a>
	6 <a href="https://eumedweb.com/">https://eumedweb.com/</a>
	7 <a href="https://www.visitamiapp.com/">https://www.visitamiapp.com/</a>
<b>Videoconsulto</b>	1 <a href="https://televisita.sanita.toscana.it/">https://televisita.sanita.toscana.it/</a>
	2 <a href="https://www.ospedaleniguarda.it/servizi-al-paziente/televisite">https://www.ospedaleniguarda.it/servizi-al-paziente/televisite</a> <a href="http://www.gaslini.org/assistenza-e-cura/attivita-sanitarie/gad-gaslini-a-distanza-teleconsulto-e-telemonitoraggio/">http://www.gaslini.org/assistenza-e-cura/attivita-sanitarie/gad-gaslini-a-distanza-teleconsulto-e-telemonitoraggio/</a>
	3 <a href="https://ospedalesanraffaele.welcomedicine.it/">https://ospedalesanraffaele.welcomedicine.it/</a>
	4 <a href="https://www.istituto-besta.it/televisita">https://www.istituto-besta.it/televisita</a>
	5 <a href="https://www.salutelazio.it/lazio-doctor">https://www.salutelazio.it/lazio-doctor</a>
<b>Teleassistenza</b>	1 <a href="https://www.telesan.it/it/telesoccorso-e-teleassistenza-domiciliare/">https://www.telesan.it/it/telesoccorso-e-teleassistenza-domiciliare/</a>
	2 <a href="http://www.onetouch24.it">www.onetouch24.it</a>
	3 <a href="http://www.telecareh24.it/servizi/pneumologia/">http://www.telecareh24.it/servizi/pneumologia/</a>
	4 <a href="https://www.comarch.it/healthcare/">https://www.comarch.it/healthcare/</a>
	5 <a href="https://www.cardiologicomonzino.it/it/page/monitoraggio-multiparametrico-cardiorespiratorio/214/">https://www.cardiologicomonzino.it/it/page/monitoraggio-multiparametrico-cardiorespiratorio/214/</a>

dente la gestione a domicilio. La valutazione finale degli strumenti idonei per il singolo paziente spetta al medico curante. La trasmissione telematica di dati sanitari richiede il consenso informato dell'assistito ai sensi della legge n.219/2017, una revisione dei processi organizzativi per definire quale parte di attività ambulatoriale di *follow up* può essere gestita

in via telematica, la gestione di una rete sicura per la tutela dei dati prevista dal Regolamento UE 2016/679 e l'adozione dei *patient-reported outcomes* elettronici nella pratica clinica.

1. <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2602365.pdf>
2. <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>

# Oltre l'emergenza per una nuova visione del nostro Ssn

Nel 16esimo Rapporto redatto dai ricercatori del CREA Sanità si sottolinea il momento tipico che attraversa il nostro il Ssn, prima di tutto per effetto del probabile arrivo di ingenti risorse.

Motivo per cui “senza una chiara progettualità e un adeguato orizzonte temporale” si rischia di sprecare le risorse con investimenti inutili e di provocare il ‘suicidio’ del Servizio Sanitario Nazionale

// Non possiamo permetterci di commettere l'errore di investire per mantenere l'esistente o tentare di recuperare ritardi su politiche ormai obsolete alla luce della dirompente innovazione che caratterizza il settore; è, invece, necessario creare le condizioni per la transizione verso un nuovo e innovativo modello di servizio sanitario: un modello che risulti efficace ed efficiente anche fra 10 o più anni”. È questa l'esortazione che viene dal 16esimo Rapporto redatto dai ricercatori del CREA Sanità in cui vengono analizzati tutti i *vulnus* del nostro Ssn alla luce dell'esperienza pandemica. L'emergenza Covid-19 ha creato consapevolezza su alcuni pregi, ma anche su alcuni significativi limiti del Ssn: limiti, peraltro, noti da tempo e persistenti a causa del fallimento di alcune azioni rimaste meramente sulla carta, quale quella del potenziamento dell'assistenza primaria. Non si può pensare che l'inerzia delle politiche sanitarie sia casuale: è, piuttosto, ascrivibile ad una mancanza di *vision*; ed in mancanza di visione prospettica si determina il rischio di rimanere sempre schiavi di una gestione del settore sanitario in “continua emergenza”, con costi economici e umani che si sono dimostrati significativi. Il momento, per il Ssn italiano, è tipico; prima di tutto per effetto del probabile arrivo di in-

genti risorse: senza una chiara progettualità, e un adeguato orizzonte temporale, il rischio immediato e concreto è quello di sprecare le risorse in investimenti inutili; e, in definitiva, di provocare il “suicidio” del Ssn. Non si può equivocare sul significato del termine investimento; un mero impegno di risorse in conto capitale non rappresenta di per sé un reale “investimento”; un investimento è tale se permette di sviluppare progettualità capaci di generare un “rendimento” al Ssn, e a tutto il sistema Paese: in termini di salute, produttività ed efficienza; il “rendimento” è, altresì, condizione necessaria affinché il debito che si creerà possa essere onorato in futuro senza gravare ulteriormente sulle prossime generazioni.

## ► Quali investimenti?

Per investire in modo oculato è necessario avere una visione ben strutturata, che può definirsi solo con un apporto corale di idee, abbandonando un diffuso conformismo che si nasconde dietro slogan a volte ondovaghi e spesso non supportati da evidenza scientifica; ci vuole anche piena consapevolezza sul fatto che la programmazione delle azioni deve essere “ancorata” alla vision di sistema. Anche se i tempi oramai stringono, CREA Sanità propone che si

abbia il coraggio di uscire dalla logica top-down, ovvero da quella della mera ripartizione dei Fondi su capitoli di spesa (che storicamente si è dimostrata politica inefficace ed inefficiente); che si sviluppi, invece, un algoritmo trasparente per misurare il rendimento atteso (per il Ssn e per il Paese) delle progettualità; sulla base di questo, vengano prioritizzati tutti i progetti (appartenenti alle aree strategiche quali l'Assistenza primaria, la digitalizzazione, l'ammodernamento infrastrutturale, ma anche e soprattutto la ricerca, e non solo di queste) che potranno essere trasparentemente raccolti promuovendo, *bottom-up*, una gara di idee.

Questo approccio, secondo CREA Sanità, sembra l'unico foriero di innescare un processo virtuoso, perché costringerebbe a consolidare la *vision* di sistema e a indirizzare la programmazione, limitando il rischio di logiche a silos e sprechi: tutte condizioni davvero essenziali per non sprecare l'opportunità, forse irripetibile, che si è generata a seguito della pandemia.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il pdf del 16° Rapporto Sanità

# AGGIORNAMENTI



## ■ **CARDIOLOGIA**

*Interconnessione tra cuore, corpo e mente*

## ■ **DIABETOLOGIA**

*Stratificazione del rischio cardiovascolare nel diabete*

## ■ **MEDICINA RESPIRATORIA**

*Management degli effetti a lungo termine di Covid-19*

## ■ **NEUROLOGIA**

*Diagnosi precoce della malattia di Alzheimer*

## ■ **OTORINOLARINGOIATRIA**

*Screening dell'ipoacusia nelle cure primarie*

## ■ **PNEUMOLOGIA**

*Gestione della BPCO in relazione a SARS-CoV-2*

## ■ CARDIOLOGIA

### Interconnessione tra cuore, corpo e mente

**L**a salute psicologica può avere un impatto positivo o negativo sulla salute di una persona e sui fattori di rischio per malattie cardiovascolari? Sul tema l'American Heart Association ha pubblicato uno statement per suggerire semplici passaggi per selezionare e, in definitiva, migliorare, la salute psicologica di pazienti con malattia cardiovascolare (MCV) o a rischio cardiovascolare.

Gli autori affermano che vi sono prove crescenti che depressione, stress cronico, ansia, rabbia, pessimismo e insoddisfazione sono fattori associati a risposte biologiche potenzialmente dannose. Queste includono irregolarità della frequenza cardiaca e del ritmo, aumento dei disturbi digestivi, ipertensione e infiammazione, ridotto flusso sanguigno al cuore.

Anche l'effetto cumulativo dei fattori di stress quotidiani e l'esposizione a eventi traumatici può aumentare il rischio di MCV. Le autosegnalazioni dei pazienti sullo stress generale e correlato al lavoro sono state associate a un aumento del rischio fino al 40% di sviluppare MCV. Inoltre la salute psicologica negativa è associata a comportamenti che aumentano il rischio, per esem-

pio fumo, livelli insufficienti di attività fisica, dieta malsana, sovrappeso e mancata aderenza terapeutica.

#### ► **Misure di screening**

Possono essere utilizzate semplici misure di screening per valutare lo stato di salute mentale, ma non solo: considerare la salute psicologica è consigliabile nella valutazione e nella gestione dei pazienti a rischio CV e con malattia conclamata. D'altra parte, un profilo psicologico positivo è associato ad un minor rischio di malattie cardiovascolari e mortalità.

Il gruppo di studio consiglia lo screening regolare della salute mentale, osservando che la terapia psicologica e i programmi mente-corpo possono portare a una migliore salute dell'apparato CV. I programmi includono la terapia cognitivo-comportamentale, la psicoterapia, gli approcci alla gestione dell'assistenza collaborativa, la terapia per la riduzione dello stress e la meditazione.

#### ► **Una nota positiva**

Gli studi hanno anche dimostrato che una salute psicologica positiva è associata a un minor rischio di MCV e ad una maggiore probabilità di comportamenti salutari

benefici. Questi includono la cessazione dal fumo, l'implementazione dell'attività fisica, un'alimentazione sana, una maggiore aderenza ai farmaci, ai controlli regolari e agli screening. Le persone con una migliore salute mentale tendono anche ad avere relazioni sociali e connessioni positive, che possono facilitare un adattamento più sano alle sfide della vita.

"Auspichiamo che i medici riconosceranno che dobbiamo considerare non solo la malattia specifica del paziente, ma anche la sua salute psicologica - ha affermato Glenn N. Levine, chief dello statement. "Per esempio, i pazienti depressi hanno meno probabilità di assumere i farmaci che prescriviamo. Proprio come valutiamo e trattiamo fattori di rischio cardiaco convenzionali, così dovremmo valutare e affrontare i fattori psicologici, che possono anche avere un impatto negativo sui nostri pazienti. A causa dello stress psicologico a cui sono sottoposti le persone in epoca Covid-19 il tema è ancora più importante; ma indipendentemente da ciò, è tempo che riconosciamo che dovremmo sforzarci di trattare non solo la malattia, ma il paziente e la persona nel suo insieme", ha aggiunto Levine.

#### BIBLIOGRAFIA

- Levine GN et al. Psychological health, well-being, and the mind-heart-body connection: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation* 2021 online.

■ **DIABETOLOGIA**

## Stratificazione del rischio cardiovascolare nel diabete

**È** di recente pubblicazione la nuova Monografia degli Annali dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD) che alla luce delle nuove acquisizioni scientifiche tratta dei "Profili assistenziali nei soggetti con DM1 e DM2 in relazione al rischio cardiovascolare".

Le Linee Guida ESC del 2019, pubblicate in collaborazione con EASD (European Association for the Study of Diabetes), hanno riclassificato il rischio CV nelle persone con diabete di tipo 1 e di tipo 2. Il rischio viene suddiviso, in base alla durata della malattia e alle comorbidità, agli eventi CV e ai fattori di rischio presenti, in moderato, alto e altissimo, piuttosto che considerare semplicemente la presenza o meno di diabete, o distinguere solo i pazienti tra quelli in prevenzione primaria o secondaria, riportando l'attenzione alla storia di malattia delle persone con diabete.

Con questa analisi si è applicata la stratificazione del rischio CV nel mondo reale dei diabetici mirando a valutare per ogni livello di rischio:

- \* qualità di cura;
- \* approcci terapeutici ed uso dei farmaci con beneficio CV e renale;
- \* outcome raggiunti;
- \* identificare i bisogni inevasi dei soggetti con DM1 e DM2.

► **Dati emersi**

L'analisi ha evidenziato che delle oltre 490 mila persone con diabete monitorate ogni anno nei Centri di diabetologia italiani, il 65% dei soggetti con DM1 e più del 78% dei soggetti con DM2 sono a rischio molto alto di sviluppare un evento cardiovascolare. La causa è da ricercarsi in un sottoutilizzo dei farmaci antidiabetici con azione specifica nella prevenzione del rischio CV, il cui impiego è raccomandato dalle linee guida europee.

Dagli Annali emerge che solo il 10% dei soggetti con DM2 risulta in trattamento con gli inibitori SGLT2 e solo il 6% con i GLP1-RA. Di contro, il 70% dei pazienti è in trattamento con la metformina, oltre il 20% con un inibitore del DPP-IV e circa il 16% con le sulfaniluree, mostrando una certa resistenza rispetto all'utilizzo delle terapie innovative raccomandate come prima scelta di trattamento per i soggetti esposti a rischio cardiovascolare elevato o molto elevato.

► **Commenti**

"La fotografia scattata dall'analisi AMD evidenzia una non completa traduzione nella pratica clinica di ciò che dimostrano i risultati dei trial di sicurezza CV. Solo una esi-

gua percentuale delle persone con diabete a rischio molto elevato di danno cardiovascolare risulta in trattamento con un SGLT2-i e con un GLP1-RA, classi di farmaci che hanno mostrato i maggiori benefici in termini di riduzione del rischio CV" - ha commenta **Basilio Pintaudi**, Coordinatore del Gruppo di Lavoro AMD Real World Evidence. "Sulla base del "Q Score" in grado di predire l'incidenza successiva di eventi cardiovascolari, l'analisi ha poi valutato la qualità di cura complessiva ed è emerso che ad una qualità di cura più bassa corrisponde un maggiore rischio cardiovascolare".

"Le previsioni ci dicono che le persone con diabete tenderanno ad aumentare e aumenterà il numero di pazienti a rischio CV più elevato - ha affermato **Paolo Di Bartolo**, Presidente AMD. "Si tratta di una sfida alla quale il nostro Ssn deve essere in grado di rispondere attraverso soluzioni strategiche costo-efficaci. È auspicabile superare e vincere l'inerzia terapeutica così da mettere in atto una pratica clinica più conforme a quanto le evidenze scientifiche dimostrano in modo non più equivocabile: le nuove terapie sono in grado di cambiare la storia del diabete, aiutando a tenere sotto controllo la malattia e scongiurare gravi complicanze".

**Fonte**

- *Annali AMD - Profili assistenziali nei soggetti con DM1 e DM2 in relazione al rischio cardiovascolare (<https://aemmedi.it>)*

## ■ MEDICINA RESPIRATORIA

### Management degli effetti a lungo termine di Covid-19

Con il progredire della pandemia Covid-19 emergono dati sempre più numerosi su sintomi e complicanze multiorgano prolungati oltre il periodo iniziale di infezione acuta e di malattia. L'elenco dei sintomi persistenti e nuovi segnalati dai pazienti è ampio e include tosse cronica, dispnea, senso di costrizione toracica, disfunzione cognitiva, astenia, fatigue. Le implicazioni e le conseguenze di queste manifestazioni cliniche stanno diventando un problema crescente.

Il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e la Scottish Intercollegiate Guidelines Network e il Royal College of General Practitioners ha pubblicato le linee guida sulla gestione e l'assistenza dei pazienti con conseguenze a lungo termine di Covid-19.

#### ► Definizioni

Nelle LG vengono fornite due definizioni di Covid-19 post-acuta:

1. Covid-19 sintomatica: pazienti con sintomi tra 4 e 12 settimane dopo l'inizio dei sintomi acuti;
2. sindrome post Covid-19 pazienti con sintomi per più di 12 settimane dopo l'inizio dei sintomi acuti.

Il documento suggerisce di indagare all'interno del rapporto medico-paziente come la vita e le attività della persona (lavoro, istruzione, mobilità, indipendenza) siano state influenzate

dalla sindrome Covid-19, discutendo sull'esperienza e sugli eventuali sentimenti di preoccupazione o angoscia. "Ascolta le loro preoccupazioni con empatia e riconosci l'impatto della malattia sulla loro vita quotidiana, ad esempio sentimenti di isolamento sociale, lavoro, istruzione e benessere" - si legge nelle LG.

#### ► Indagini cliniche

Le LG forniscono raccomandazioni per le indagini cliniche che includono:

- esame emocromocitometrico completo, funzionalità epatica e renale, ferritina, funzionalità tiroidea, PCR, BPN;

- test di tolleranza all'esercizio (registrazione del livello di dispnea, frequenza cardiaca e saturazione di O<sub>2</sub>). Per i pazienti con sintomi posturali, per esempio palpitazioni o vertigini in posizione eretta, eseguire registrazioni della PA e della frequenza cardiaca da sdraiato e in piedi (test attivo in piedi di 3 minuti o 10 minuti se si sospetta una sindrome da tachicardia posturale o altre forme di disfunzione autonoma). Viene raccomandata una Rx torace a tutti i pazienti entro 12 settimane dopo l'infezione acuta se presentano sintomi respiratori persistenti.

Viene suggerito l'invio urgente alla valutazione psichiatrica per soggetti con sintomi psichiatrici gravi od a rischio di autolesionismo o suicidio.

Considerare anche terapie psicologiche se i pazienti presentano ansia e depressione lieve o l'invio a una consulenza psichiatrica se hanno esigenze più complesse.

Dopo aver escluso complicazioni acute o pericolose per la vita e diagnosi alternative, andrebbe considerato di indirizzare i pazienti a un servizio di valutazione multidisciplinare integrato (se disponibile) in qualsiasi momento a partire da 4 settimane dopo l'inizio del Covid-19 acuto per ulteriori indagini.

#### ► La strada è ancora lunga

Gli esperti sottolineano che le lacune nella conoscenza della malattia rimangono considerevoli e commentano che va ancora compreso perché dopo l'infezione, l'impatto varia dal pieno recupero a sintomi debilitanti gravi e persistenti che interessano più organi e la salute mentale. Le linee guida dovranno dunque includere una revisione completa dei sintomi e della patologia a lungo termine da Covid-19 nel corso del tempo. L'aggiornamento delle linee guida con la comprensione delle basi biologiche dei sintomi clinici post-acuti di Covid-19 e i dettagli sui servizi di recupero e riabilitazione saranno essenziali per fornire un'assistenza personalizzata e basata sull'evidenza per questi pazienti.

#### BIBLIOGRAFIA

- Venkatesan P. NICE guideline on long COVID-19. *Lancet Respiratory Medicine* 2021.
- NICE. Rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

■ NEUROLOGIA

## Diagnosi precoce della malattia di Alzheimer

Un aspetto fondamentale per combattere la malattia di Alzheimer è la diagnosi precoce. Il tema è stato approfondito nel corso dell'ultimo congresso della Società Italiana di Neurologia dal Prof. **Alessandro Padovani**, Direttore Clinica Neurologica, Università degli Studi di Brescia. "Non solo è importante individuare i soggetti a rischio, ma ancora di più è individuare coloro che hanno già la malattia prima ancora che siano evidenti i primi sintomi. In altre parole, per un trattamento mirato ed efficace il tempo è prezioso anche per la malattia di Alzheimer" - ha affermato Padovani.

"Un gruppo di ricercatori svedesi ha individuato una proteina nel plasma, p-Tau217, che risulta correlata alle alterazioni neuropatologiche tipiche della malattia, dimostrando che elevati valori predicono la presenza della malattia con una accuratezza superiore all'80%. In altre parole, si avvicina il traguardo di una diagnosi mediante un prelievo ematico".

Non solo. Diversi studi pubblicati ultimamente hanno confermato la possibilità di caratterizzare diverse proteine nel plasma correlate alla malattia di Alzheimer quali i neurofilamenti, la proteina gliale fibrillare, i frammenti d'amiloide,

alcune citochine, le quali potrebbero essere utilizzate quali marcatori surrogati per valutare l'efficacia di farmaci permettendo in questo modo di monitorare eventuali trattamenti oppure di combinare diversi trattamenti in forma "personalizzata".

Anche le neuroimmagini rivestono un ruolo fondamentale nel percorso diagnostico. L'utilizzo della PET FDG è in grado di predire l'accumulo della amiloide nel cervello e risulta di grande utilità nell'identificare anche altre forme di decadimento cognitivo anche iniziale.

Di grande interesse i dati italiani che sottolineano l'utilità di combinare marcatori diversi per una maggiore accuratezza diagnostica proponendo di associare la PET per l'amiloide e i biomarcatori liquorali per una precisa identificazione di pazienti in fase iniziale.

Diversi studi hanno caratterizzato altre forme di demenza meno note ma comunque frequenti quali la demenza fronto-temporale: sono state individuate alcune caratteristiche specifiche, usando la RMN, a carico della sostanza grigia e del cervelletto che permetterebbero di identificare alcune forme particolari associate al gene C9ORF.

Meritevole infine nell'ambito della diagnosi precoce, lo studio di un gruppo multicentrico che ha indi-

viduato mediante l'utilizzazione di un sofisticato strumento EEG alcune alterazioni della organizzazione corticale che permetterebbero di differenziare la malattia di Alzheimer dalla demenza fronto-temporale.

### ► Sintomatologia psichiatrica

Un aspetto spesso trascurato riguarda la sintomatologia psichiatrica o mentale. Infatti, molti casi all'esordio non manifestano disturbi mnemonici o cognitivi mentre invece manifestano alterazioni del comportamento, come riportato dallo studio della Prof.ssa Cagnin di Padova e coll. secondo il quale circa il 50% delle manifestazioni psichiatriche in tarda età sono riconducibili a patologia neurodegenerativa.

### ► Trattamenti disponibili

"Per ora dobbiamo limitarci a somministrare anticolinesterasici e memantina, ma non sarà per molto. Diversi studi hanno confermato che la somministrazione di terapie biologiche per mezzo di anticorpi contro l'amiloide così come di farmaci in grado di interferire con il metabolismo di questa proteina, non solo riduce l'accumulo di placche senili e la degenerazione neurofibrillare, ma soprattutto migliora la progressione della malattia" - conclude **Alessandro Padovani**.



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

## ■ OTORINOLARINGOIATRIA

### Screening dell'ipoacusia nelle cure primarie

**I**n Italia le persone con problemi di udito sono 7 milioni (11.7% della popolazione) e tra gli over65 l'ipoacusia riguarda una persona su tre. Solo il 31% della popolazione ha effettuato un controllo dell'udito negli ultimi 5 anni, mentre il 54% non l'ha mai fatto. Il 25% di coloro che potrebbero averne beneficio usa l'apparecchio acustico, nonostante l'87% di chi ne fa uso, dichiara migliorata la propria qualità di vita. Il problema è diffusamente sottovalutato e non esiste un programma di screening e prevenzione uditiva nell'adulto. Identificare l'ipoacusia nelle fasi iniziali potrebbe evitare gli esiti avversi sostanziali.

La perdita dell'udito non trattata è infatti un importante fattore di rischio per altre patologie (ipertensione, diabete, demenza, depressione), così come per un aumento dei costi correlati. Tuttavia, i pazienti con perdita dell'udito sono riluttanti a rivelarlo ed è una condizione che i medici spesso non sospettano, si sentono a disagio ad indagare o non considerano importante nonostante il crescente riconoscimento dell'impatto sulla salute. In effetti, il 75% della perdita dell'udito rimane sottodiagnosticata e sottotrattata. I test di screening comuni possono identificare efficacemente i pazienti

con ipoacusia ma raramente vengono utilizzati. Ma se richiesto, i pazienti discuteranno con il loro curante e seguiranno le raccomandazioni terapeutiche note per essere efficaci. Su queste riflessioni l'Università del Michigan ha condotto lo studio "Effective hearing loss screening in primary care", progettato per affrontare la mancanza di dati sullo screening della perdita dell'udito.

#### ► La ricerca

La ricerca è stata condotta nel setting della medicina di famiglia. Durante tutte le visite di pazienti di età  $\geq 55$  anni per altre problematiche, un avviso elettronico ha incoraggiato i medici a porre un'unica domanda: "Hai difficoltà con l'udito?".

L'intervento ha aumentato significativamente l'identificazione e l'invio allo specialista dei pazienti a rischio di perdita dell'udito.

Dal canto loro gli audiologi hanno affermato che l'85% dei pazienti segnalati aveva una perdita dell'udito, la maggior parte dei quali lieve. Una lieve perdita dell'udito può avere un impatto negativo sul reddito, funzione cognitiva, salute fisica, depressione, interazione sociale e qualità della vita, aumentando la dipendenza dai sistemi di supporto sociale, difficoltà di comunicazione, ricoveri ospedalieri.

Il risultato PTA (media della soglia dei toni puri): perdita di 25 decibel all'orecchio migliore e di 30,7 decibel all'orecchio peggiore - ha confermato che la perdita dell'udito è stata identificata in una fase precoce. Ciò aumenta le possibilità che il trattamento (apparecchi acustici, ecc) possa ridurre le sequele. Questo è particolarmente vero poiché l'impatto di una lieve perdita dell'udito è maggiore in ambienti rumorosi del mondo reale rispetto agli ambienti di test silenziosi in cui sono stati ottenuti i valori medi. Va sottolineato che una diminuzione di 6 decibel della PTA equivale a un raddoppio dell'impatto della perdita dell'udito nella vita.

#### ► Possibili interventi

I ricercatori propongono una serie di potenziali interventi per migliorare lo screening nelle cure primarie, tra cui una maggior formazione del medico o un maggiore utilizzo di altro personale (infermieri, assistenti, ecc).

La ricerca conferma che il costo degli apparecchi è la ragione più comune per cui i pazienti non li utilizzano (il Servizio sanitario nazionale italiano fornisce, tramite le aziende convenzionate, apparecchi acustici di base alle persone con invalidità civile riconosciuta pari o superiore al 34%).

#### BIBLIOGRAFIA

- [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)
- Zazove P, Plegue MA, McKee MM et al. Effective hearing loss screening in primary care: the early auditory referral-primary care study. *Ann Fam Med* 2020; 18: 520-27.

■ PNEUMOLOGIA

## Gestione della BPCO in relazione a SARS-CoV-2

La pandemia SARS-CoV-2 ha sollevato tra i medici molte domande sulla gestione dei pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), soprattutto se sia necessario o meno modificare la terapia. Data la somiglianza dei sintomi sono sorti anche interrogativi sul riconoscimento e la differenziazione della Covid-19 dalla BPCO.

La Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) ha pubblicato il documento "The 2020 GOLD Science Committee Report on COVID-19 and Chronic Obstructive Pulmonary Disease". Sulla base delle revisioni della letteratura propone una panoramica sulla gestione dei pazienti con BPCO durante la pandemia Covid-19. Di seguito pubblichiamo una sintesi dei punti più significativi.

► **Key points**

Non è ancora chiaro se i pazienti con BPCO abbiano un rischio maggiore di contrarre l'infezione da SARS-CoV-2. Durante i picchi di Covid-19, la spirometria deve essere utilizzata solo quando è essenziale per la diagnosi di BPCO e/o per valutare lo stato della funzionalità polmonare per procedure interventistiche o chirurgiche.

I pazienti con BPCO devono seguire le misure di controllo delle infezioni di base, tra cui il distanziamento fisico, il frequente lavaggio delle mani e l'uso di una mascherina o di una copertura per il viso. I pazienti devono rimanere aggiornati sulle vaccinazioni appropriate, in particolare per quanto riguarda la vaccinazione antinfluenzale annuale.

Sebbene i dati siano limitati, i corticosteroidi inalatori, i broncodilatatori a lunga durata d'azione, il roflumilast o i macrolidi devono continuare ad essere utilizzati come indicato per la gestione stabile della BPCO. Gli steroidi sistemici e gli antibiotici devono essere usati nelle riacutizzazioni della BPCO secondo le indicazioni usuali. I pazienti devono continuare a prendere i loro farmaci respiratori orali e inalatori per la BPCO come indicato, poiché non ci sono prove che i farmaci per la BPCO debbano essere modificati.

► **Pazienti BPCO con Covid-19**

Differenziare i sintomi dell'infezione da Covid-19 dai sintomi cronici sottostanti o da quelli di una riacutizzazione acuta della BPCO può essere difficile. In caso di sospetto per Covid-19, è necessario prendere in considerazione il test per SARS-CoV-2.

I pazienti che hanno sviluppato Covid-19 da moderata a grave, incluse la necessità di ricovero e l'insorgenza di polmonite, devono essere trattati con approcci farmacologici in evoluzione come appropriato, inclusi remdesivir, desametasone e anticoagulanti. La gestione dell'insufficienza respiratoria acuta dovrebbe includere un'adeguata integrazione di ossigeno, posizione prona, ventilazione non invasiva e strategia protettiva polmonare nei pazienti con BPCO e sindrome da distress respiratorio acuto grave.

I pazienti che hanno sviluppato Covid-19 asintomatico o lieve devono essere seguiti con i consueti protocolli BPCO.

I pazienti che hanno sviluppato un Covid-19 moderato o peggiore devono essere monitorati più frequentemente e accuratamente rispetto ai normali pazienti con BPCO, con particolare attenzione alla necessità di ossigenoterapia.

— BIBLIOGRAFIA —

- Halpin DMG, et al Global Initiative for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease. The 2020 GOLD Science Committee Report on COVID-19 and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2021; 203: 24-36.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone il pdf delle linee guida GOLD

# La settimana di un medico di famiglia

**Giuseppe Maso**

*Medico di famiglia - Venezia  
Prof. di Medicina di Famiglia, Università di Udine*

## Lunedì

Oggi è morto Andrea, ottantenne, atletico sempre stato bene, trattato da anni per ipertensione arteriosa e per ipercolesterolemia. Ha subito il mese scorso un intervento di resezione del sigma per una neoplasia stenosante metastatizzata. Alla dimissione il paziente è stato inviato dai chirurghi in oncologia dove è stato preso in carico. Le condizioni sono rapidamente peggiorate, Andrea non si alimentava più e nonostante la speranza di vita fosse chiaramente molto breve è stato inviato in chirurgia per l'applicazione di un catetere venoso centrale, sono stati chiesti esami ematochimici e radiologici di controllo, si è fissato un appuntamento per una visita psicologica, per una visita dal fisioterapista, una visita dalla nutrizionista e per una RM al ginocchio destro. Tutto questo a un paziente ignaro della sua reale situazione con un dolore al ginocchio dovuto ad una più che evidente tendinite del quadricipite. I familiari si sono prodigati a trasportare il paziente a fare gli accertamenti, naturalmente non hanno tenuto conto dei miei suggerimenti così come non ne ha tenuto conto l'oncologa che lo seguiva. Il medico di medicina generale spesso in questi casi viene estromesso dalla gestione del malato e ci si affida agli specialisti. Il paziente che ho assistito per decenni non ha avuto il suo medico curante proprio quando ne avrebbe avuto più bisogno.

## Martedì

- Cocainomane, psicotico, in turismo sessuale, mi telefona dalla Thailandia dove ha passato un periodo di vacanza, mi chiede come deve comportarsi al rientro in Italia considerata l'epidemia da coronavirus.
- Settantottenne abituato alle sale da ballo: "Dottore, da circa una ventina d'anni nei posti dove si balla, che di solito hanno anche soffitti bassi, hanno aumentato i toni bassi e i volumi della musica, il tutto mi rimbomba in testa, cosa posso fare?".

## Mercoledì

Siamo in piena emergenza per l'epidemia da Coronavirus, i bollettini che riportano il numero degli infetti peggiorano di giorno in giorno e peggiora di giorno in giorno il nostro lavoro. L'epidemia ha messo in maggiore evidenza quanto da sempre sapevamo.

**1.** La bassa considerazione che la politica e la burocrazia hanno della nostra professione: pur sapendo benissimo che siamo il primo fronte non ci hanno fornito dispositivi di protezione individuale efficaci e in tempo utile. Il sottoscritto ha ritirato venti giorni fa un sacchettino di mascherine da consegnare ai pazienti sintomatici, quindici giorni fa una scatola di guanti in lattice e cinque camici di carta monouso. Tre giorni fa sono stato invitato a ritirare un paio di occhiali protettivi.

**2.** La confusione organizzativa a livello burocratico: riceviamo le stesse e-mail, stralci delle stesse e-mail, linee guida e disposizioni operative da più uffici, su più caselle di posta. Nessuno si fa carico di coordinare il tutto e di eliminare le ripetizioni obbligandoci a leggere decine di pagine ripetute come se nel frattempo non avessimo altro da fare.

**3.** La dimostrazione che il rilascio dei piani terapeutici per numerosi farmaci così come l'accesso ai centri antidiabetici ha significato burocratico. Il rinnovo dei piani terapeutici e l'accesso ai centri diabetologici è stato rinviato per l'emergenza dimostrando che probabilmente se ne può fare a meno. Intanto questa procedura, tipicamente italiana, ha espropriato negli anni competenze e abilità alla medicina generale, provocando una sorta di analfabetismo di ritorno relativo al trattamento di alcune patologie, estremamente dannoso e inaccettabile in situazioni come questa.

**4.** L'afflusso ai nostri ambulatori è drasticamente diminuito per paura del contagio. Ancora una dimostrazione dell'abuso quotidiano delle prestazioni della medicina generale.

**5.** La drastica diminuzione degli accessi ha sottolineato anche come sia importante che il paziente

sia guidato e che vengano programmati i controlli. Patologie croniche in persone che assumono più farmaci hanno bisogno di essere seguite con protocolli definiti. Se questa emergenza durerà a lungo vedremo effetti collaterali di farmaci, patologie scompensate e complicazioni che si sarebbero potute evitare. La politica si deve rendere conto che un sistema sanitario efficace e sostenibile ci può essere solo con una medicina di famiglia di qualità e questo si ottiene non espropriando la disciplina ma valorizzandola con una formazione specialistica di alto profilo che non può essere che accademica.

### Giovedì

L'altro giorno mi ha telefonato una paziente chiedendomi l'impegnativa per una visita proctologica. Le ho chiesto il motivo ma si è tenuta sul vago, le ho spiegato che prima di inviarla dal proctologo forse sarebbe stato opportuno che la vedessi. Si trattava di emorroidi? di un prolasso? di una proctite? di condilomi? Di un polipo? Di altro? Abbiamo concordato un appuntamento, l'ho invitata a farsi una peretta due ore prima di venire da me nel caso ci fosse stato bisogno di fare un'anoscopia. Non si è presentata all'appuntamento e questo mi ha indotto a fare alcune considerazioni. Ormai per quasi tutte le problematiche che riguardano la sfera intima, genitale o sessuale la gente si rivolge a uno specialista. Ginecologi, urologi, senologi, endocrinologi, radiologi e chirurghi si dividono questo campo di intervento. I ginecologi sono diventati senologi, curano le infezioni delle vie urinarie, i disturbi della menopausa e l'osteoporosi. Questi specialisti sembrano aver ricevuto un'investitura speciale che permette loro di entrare nella sfera intima delle persone, investitura negata agli altri medici. Ma questa inesistente investitura è stata fornita loro dalla medicina generale italiana che ha continuato a delegare per decenni, per incapacità, per impreparazione o per convenienza. Anche questo è un pegno che questa disciplina paga per la sua assenza tra le specialità accademiche e la conseguente mancata definizione di un campo di azione e la mancata individuazione delle abilità cliniche essenziali. La medicina generale che, grazie al rapporto fiduciario e continuativo, dovrebbe farsi carico proprio delle problematiche più intime delle persone, utilizzando le specialità come secondo livello, in Italia continua a delegare. Se un medico di famiglia esegue la palpazione

delle mammelle rischia di essere scambiato per un maniaco sessuale, se lo fa un radiologo passa per uno scrupoloso professionista.

### Venerdì

- Un'anziana signora mi ha telefonato chiedendomi una visita a casa. Sembrava molto sofferente, mi riferiva dei dolori che si irradiavano alla testa, parlava con difficoltà e sembrava particolarmente sofferente. Quando sono arrivato a domicilio non era sola, con lei c'erano un signore, probabilmente il marito, e una domestica. Quando mi ha visto mi si è rivolta con aria scocciata. "Lei non è il mio medico, il mio è più giovane, è il figlio della dottoressa che è andata in pensione, io non ho chiamato lei." "Signora lei ha chiamato me, evidentemente ha sbagliato numero, comunque visto che sono qua, se posso aiutarla...". "No lei non è il mio medico, se ne vada". Chiedo al marito che numero di telefono ha fatto: è il mio. Non mi danno spiegazioni. Saluto, me ne vado, non una scusa né un grazie.
- Ha novantatré anni, è sola, lucida, assistita da una giovane badante. Da un paio di settimane non assume più il dicumarolo prescritto per la fibrillazione atriale: ha deciso che non vuole più vivere. La solitudine, la sordità, l'immobilità e l'assenza di affetti stanno all'origine della ferma decisione. Mi sono chiesto quale fosse il mio ruolo, ho insistito perché riprenda i farmaci ma so che non lo farà.

### Sabato

Questa pandemia ha portato in superficie aspetti nascosti e mascherati del nostro Paese. Assieme all'impegno incondizionato di tanti, l'egoismo di molti. La decadenza culturale e morale di un Paese che butta gli anziani come le bottiglie di plastica ai bordi delle strade. Anziani ricoverati, morti abbandonati e in solitudine senza che la famiglia potesse avere qualche informazione. Asintomatici infettati che barano per poter uscire dall'isolamento anticipatamente. Gente che continua a bere e fumare fuori dai bar senza alcuna protezione. Mamme che accompagnano i figli a scuola e che fanno capannello per ore. Pazienti (utenti) che telefonano in studio e pretendono giorni di malattia per patologie inesistenti. Ognuno pensa di essere solo al mondo, di avere sempre la precedenza, di avere diritto a tutto. Mai un grazie, mai una scusa. La tristezza è profonda.

# Polmonite da SARS-CoV-2 ed embolia polmonare

## Correlazioni fisiopatogenetiche e implicazioni clinico-terapeutiche

Diversi studi hanno riportato una correlazione tra infezione da SARS-CoV-2 ed eventi tromboembolici. Nonostante diverse evidenze sia cliniche che biologiche abbiano documentato un elevato rischio di complicanze trombotiche nella fase acuta dell'infezione, l'incidenza di queste ultime nella fase tardiva della malattia è attualmente sconosciuta e richiede un approfondimento specifico

a cura di: **Pasquale De Luca**<sup>1</sup>

con la collaborazione di: **Antonio De Luca**<sup>2</sup>, **Marco Sperandeo**<sup>3</sup>, **Ruggiero Boragine**<sup>3</sup>, **Vito Sollazzo**<sup>4</sup>

### ► Introduzione

Diversi studi retrospettivi effettuati in Cina hanno suggerito l'ipotesi che la malattia da SARS-CoV-2 possa essere associata ad uno stato di ipercoagulabilità e ad un aumentato rischio di tromboembolismo sia venoso che arterioso. Questi risultati sono stati in seguito confermati da ricercatori sia italiani che irlandesi che hanno suggerito come le complicanze trombotiche possano costituire parte integrante dell'infezione da SARS-CoV-2 e possono essere già presenti al momento del primo ricovero ospedaliero. Inoltre l'International Society on Thrombosis and Haemostasis (ISTH) ha sottolineato che molti pazienti con infezioni gravi da SARS-CoV-2 presentano dei quadri compatibili a stati di coagulazione intravascolare disseminata associata a sepsi, nota anche

come "coagulopatia indotta da sepsi". I meccanismi proposti per spiegare questo stato di ipercoagulabilità sono principalmente un danno microvascolare diffuso mediato dalle citochine e, in alcuni casi, una trombocitosi reattiva. Tale rischio tromboembolico può essere ulteriormente aggravato dall'obesità, dall'età avanzata e dall'immobilizzazione legata all'ospedalizzazione. Inoltre nei pazienti con polmonite da SARS-CoV-2 sono stati riportati dei valori elevati di D-dimero i quali si associano in maniera significativa ad un rischio più elevato di morte intraospedaliera suggerendo l'ipotesi della presenza di embolie polmonari misconosciute in questi pazienti (le *figure 1 e 2* riportano due esempi di angio-TC in pazienti con recente polmonite interstiziale bilaterale riscontrata ad una TC ad alta risoluzione eseguita circa 20 giorni prima e con tampone SARS-CoV-2 positivo).

Tuttavia, nonostante queste prove dimostrino chiaramente un'associazione tra trombosi e infezione da SARS-CoV-2 soprattutto nella fase acuta dell'infezione, esistono informazioni limitate sul rischio di trombosi e inci-

denza di embolia polmonare dopo la fase acuta della malattia.

Resta evidente comunque il fatto che questi pazienti possano beneficiare della terapia anticoagulante a lungo termine iniziata al momento della diagnosi di polmonite da SARS-CoV-2.

### ► Stato dell'arte

La malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) è una zoonosi causata da un nuovo coronavirus 2, nato da un mix di geni di coronavirus di pangolino e di pipistrello con capacità di "salto di specie" all'uomo. Quando il virus provoca una sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS) è noto come SARS-CoV-2. Nei casi più gravi, l'infezione può esitare in un quadro di polmonite interstiziale spesso bilaterale e insufficienza respiratoria, e in una minore percentuale (5%) può evolvere in una sindrome infiammatoria severa con tempesta citochinica ed ipercoagulabilità, spesso a prognosi infausta. Tale "coagulopatia indotta da COVID-19" (CIC), a differenza di quella intravascolare disseminata tipica della sepsi, appare essere a maggior spinta trombotica che emor-

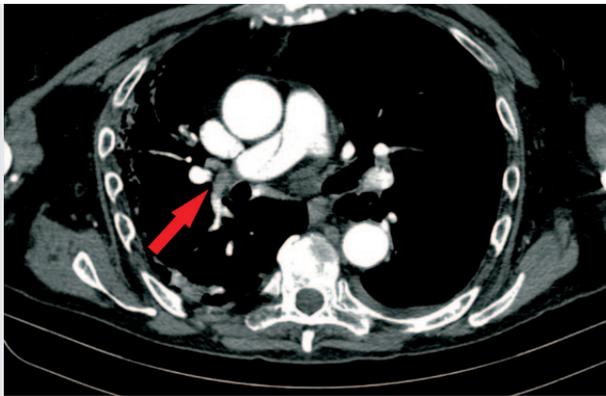
<sup>1</sup> Dirigente Medico S.C. Medicina Interna Ospedale "T. Masselli-Mascia" S. Severo ASL FG

<sup>2</sup> Dirigente Medico S.C. Cardiologia-UTIC Ospedale "T. Masselli-Mascia" S. Severo ASL FG

<sup>3</sup> Dirigente Medico S.C. Medicina Interna IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" San Giovanni Rotondo (FG)

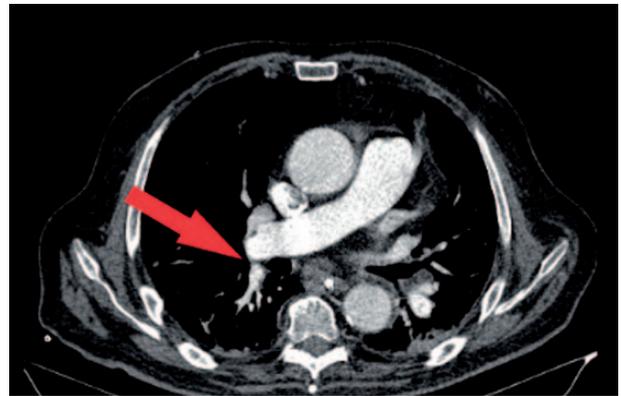
<sup>4</sup> Direttore S.C. Cardiologia-UTIC Ospedale "T. Masselli-Mascia" S. Severo ASL FG Ospedale "G. Tatarella" Cerignola ASL FG

FIGURA 1



*Angio-tomografia che mostra molteplici difetti di riempimento a livello della biforcazione dell'arteria polmonare destra*

FIGURA 2



*Angio-tomografia che mostra minimi difetti di riempimento a livello del ramo posteriore dell'arteria polmonare destra*

ragica, esacerbata dalla caratteristica grave ipossia tipica della ARDS. Dati sempre maggiori evidenziano un'incidenza affatto trascurabile di tromboembolismo venoso (TEV) soprattutto nei pazienti con COVID-19 ammessi in unità di terapia intensiva (UTI), con importanti implicazioni prognostiche negative. Diversi fattori contribuiscono allo sviluppo dei disordini della coagulazione nella malattia COVID-19; essi possono esprimersi a livello di ciascuno dei tre elementi che costituiscono la triade di Virchow: lesioni/disfunzioni endoteliali, ipercoagulabilità, variazioni emodinamiche (stasi, turbolenza).

Il danno virale diretto a livello endoteliale, sia a livello della circolazione polmonare che periferica, è senz'altro determinante nell'attivazione della coagulazione. Poiché l'endotelio è un organo con multiple funzioni ed è responsabile del mantenimento del tono e dell'omeostasi vascolare, un suo danno a vari livelli può causare una disfunzione circolatoria sistemica caratterizzata da vasocostrizione, con conseguente ischemia degli organi interessati e infiammazione del microcircolo con edema associato. È stato dimostrato, sia all'istologia che alla microscopia elettronica, un accumulo di cellule infiammatorie e inclusioni virali nell'endotelio del cuore, del piccolo inte-

stino, dei reni e dei polmoni. L'infezione virale e la risposta immunitaria determinano l'espressione di alti livelli di interferone di tipo 1, che a sua volta induce la formazione di inclusioni reticolari di glicoproteine e fosfolipidi a livello delle cellule vascolari endoteliali con conseguente danno cellulare, disfunzione ed espressione di geni protrombotici.

Il SARS-CoV-2 è un virus a RNA ed esistono una serie di evidenze che dimostrano come la presenza di RNA extracellulare, analogamente al DNA liberato dalle cellule danneggiate, possa essere un fattore indipendente di trombogenicità attraverso il legame con proteasi che promuovono l'attivazione di fattori della coagulazione (VII, XI, XII).

Lo stato infiammatorio di per sé è un trigger importante per la cascata coagulativa. Monociti e cellule endoteliali attivate possono portare all'espressione del fattore tissutale con conseguente genesi di trombina. Contemporaneamente alcune citochine e chemochine pro-infiammatorie, come l'interleuchina-6, possono attivare la coagulazione, inattivare le vie anticoagulanti naturali e sopprimere la fibrinolisi.

È stata individuata una similitudine con la linfocitosi emofagocitica (altresì detta sindrome da eccessiva risposta infiammatoria), in cui un'eccessiva ri-

sposta flogistica secondaria all'infezione induce uno stato immunosoppressivo con down-regulation dei macrofagi e dei linfociti. In particolare la linfocitosi emofagocitica secondaria (sHLH) si configura come una sindrome iperinfiammatoria caratterizzata da un'ipercitochinemia fulminante, che può condurre ad insufficienza multiorgano con prognosi infausta. Negli adulti è scatenata frequentemente da infezioni virali e compare nel 3.7-4.3% delle forme di sepsi.

Altro fattore rilevante nell'eziopatogenesi della coagulopatia risulta essere l'ipossia, associata alla riduzione degli scambi respiratori a livello polmonare, che può stimolare la trombosi attraverso vasocostrizione e incremento della viscosità ematica. L'ipossia può far spostare il fenotipo basale antinfiammatorio ed antitrombotico dell'endotelio verso un fenotipo pro-infiammatorio e pro-coagulante attraverso l'espressione di fattori pro-coagulanti indotti dall'ipossia, come riportato in altre forme di ARDS.

È stato inoltre suggerito, che anche la comparsa di anticorpi antifosfolipidi possa giocare un ruolo nella patogenesi della coagulopatia. È stata, infatti, riscontrata la presenza di anticorpi IgA anti-cardiolipina e IgA e IgG anti- $\beta$ 2-glicoproteina I in associazione a coagu-

lopatia, trombocitopenia e sviluppo di eventi ischemici periferici e cerebrali. Infine anche la componente piastrinica della coagulazione risulta attivata durante l'infezione da COVID-19. In passato è stato osservato che il virus SARS-CoV era in grado di infettare direttamente i megacariociti modificando la funzione piastrinica nei polmoni dei pazienti con malattia severa. Attualmente non ci sono evidenze di infezione diretta dei megacariociti da parte del SARS-CoV-2; tuttavia, l'abbondante presenza di queste cellule nel tessuto polmonare autoptico è probabilmente correlata con il riscontro di diffusi piccoli trombi ricchi di piastrine. Le piastrine, infatti, possono promuovere una risposta immuno-mediata mediante il legame diretto o attraverso le proteine plasmatiche, di particelle microbiche, causando infiltrazioni tissutali e, nelle fasi critiche, trombocitopenia. Quest'ultima è sostanzialmente sempre presente nei quadri severi di malattia da COVID-19 e correla con l'insufficienza multi-organo e con la prognosi infausta. Il quadro clinico della malattia COVID-19 talvolta si manifesta con una sepsi conclamata, caratterizzata da ipotensione, ipossia ed ischemia tissutale, nonché disfunzione multiorgano. Come in tutti i quadri di sepsi, si può manifestare una coagulopatia correlata alla sepsi stessa, che può arrivare fino a un quadro di coagulazione intravascolare disseminata. È stato introdotto pertanto il concetto di coagulopatia intravascolare polmonare che evidenzia una forma di coagulopatia che si manifesta prevalentemente a livello polmonare. Il meccanismo patogenetico ipotizzato è un danno, virus-mediato, dei pneumociti di tipo II e delle cellule endoteliali polmonari, in quanto entrambi esprimono il recettore ACE2. A questo si associa la tempesta infiammatoria con generazione di trombina e deposizione di piastrine a livello dei vasi polmonari. Questo spiegherebbe i fenotipi refrattari di ARDS in cui si associa

una duplice patologia che colpisce sia il versante della ventilazione che quello del sistema vascolare polmonare.

Alla luce delle osservazioni finora riportate sulla fisiopatologia della coagulopatia indotta da SARS-CoV-2 e considerato che in tali pazienti, la gravità delle condizioni cliniche oltre alla presenza di una risposta infiammatoria severa e di fattori di rischio di base (sesso maschile, obesità, neoplasie, precedenti di tromboembolismo) aumentano il rischio di TEV, è stato suggerito da più parti di utilizzare la terapia anticoagulante come parte fondamentale dell'assetto terapeutico nei pazienti con COVID-19.

### ► Conclusioni

La malattia da COVID-19, è complessa e può presentare una localizzazione multiorgano. Essa può determinare polmonite interstiziale con insufficienza respiratoria acuta nota come sindrome respiratoria acuta severa da coronavirus 2 (SARS-CoV-2), con necessità di ventilazione non invasiva o invasiva. Nel 5-10% dei casi si rileva coagulopatia severa a prognosi infausta. La SARS-CoV-2 si configura quale malattia multidimensionale di cui si stanno definendo aspetti fisiopatologici e clinici caratteristici a volte coesistenti:

- a)** un'aumentata risposta immunologica ed infiammatoria con attivazione di uno stormo citochinico e conseguente coagulopatia, che favorisce sia eventi di tromboembolismo venoso (TEV), sia la trombosi in situ a livello delle arteriole e dei capillari alveolari polmonari;
  - b)** un alto shunt intrapolmonare, che rende spesso ragione della severità dell'insufficienza respiratoria, attribuito ad una ridotta vasocostrizione polmonare ipossica con fenomeni neoangiogenetici polmonari.
- Inoltre, l'elevata incidenza di TEV nei pazienti COVID-19 ricoverati in UTI e il riscontro autoptico di microtrombosi in situ a livello vascolare polmonare, sta evidenziando che in tale malattia, la co-

agulopatia, a differenza della coagulazione intravascolare disseminata in corso di sepsi, è sbilanciata verso un'aumentata trombogenicità dando luogo ad un dibattito (con studi in corso) circa l'uso preventivo di dosi anticoagulanti di eparina per ridurre la mortalità.

Sono tuttora in corso (e in parte conclusi) studi sull'utilizzo di eparina a dosi anticoagulanti (e non profilattiche) in pazienti COVID-19 ricoverati in UTI allo scopo di ridurre complicanze tromboemboliche fatali, descritte in alcuni studi autoptici. Il clinico dovrà comunque mantenere un alto livello di sospetto, anche guidato dai livelli dei D-dimero, per la diagnosi di TEV in corso di COVID-19.

Tanto lavoro c'è dunque ancora da fare per comprendere tutti i meccanismi con cui questo virus esprime la sua patogenicità. La coagulopatia è sicuramente un aspetto cruciale della malattia e la prevenzione e il trattamento della stessa possono evitare l'evoluzione verso quadri polmonari e sistemici potenzialmente irreversibili.

### BIBLIOGRAFIA

- Barnes GD, Burnett A, Allen A, et al. Thromboembolism and anticoagulant therapy during the COVID-19 pandemic: interim clinical guidance from the anticoagulation forum. *J Thromb Haemost* 2020; 50:72-81.
- Bikdeli B, Madhavan MV, Jimenez D, et al. COVID-19 and thrombotic or thromboembolic disease: implications for prevention, antithrombotic therapy, and follow-up: JACC state-of-the-art review. *J Am Coll Cardiol* 2020; 75:2950-73.
- Creel-Bulos C, Hockstein M, Amin N, et al. Acute cor pulmonale in critically ill patients with Covid-19. *N Engl J Med* 2020;382:e70.
- Helms J, Tacquard C, Severac F, et al. High risk of thrombosis in patients in severe SARS-CoV-2 infection: a multicenter prospective cohort study. *Intensive Care Med* 2020; 46: 1089-98.
- Marietta M, Agno V, Artoni A, et al. COVID-19 and haemostasis: a position paper from Italian Society on Thrombosis and Haemostasis (SISET). *Blood Transfus* 2020; 18:167-9.
- Mehta P, McAuley DF, Brown M, et al. COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression. *Lancet* 2020; 395:1033-4.
- Tang N, Li D, Wang X, Sun Z. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. *J Thromb Haemost* 2020; 18: 844-7.
- Varga Z, Flammer AJ, Steiger P, et al. Endothelial cell infection and endotheliitis in COVID-19. *Lancet* 2020; 395: 1417-8.
- Wang T, Chen R, Liu C, et al. Attention should be paid to venous thromboembolism in patients with severe novel coronavirus pneumonia. *Lancet Haematol* 2020; 7:e362-3.

# Invecchiamento cardiovascolare e longevità

La ricerca sulla genetica cardiovascolare e sulle modulazioni epigenetiche guidate dall'ambiente possono aiutare per individuare interventi terapeutici cardiovascolari personalizzati che promuoveranno la longevità. Le popolazioni delle "blue zones" sono il substrato ottimale per questi studi

La ricerca sui meccanismi dell'invecchiamento e sui mezzi per raggiungere la longevità ha fornito negli ultimi decenni un notevole corpus di conoscenze, in costante crescita. Cinque località nel mondo, definite "zone blu", sono state identificate come le aree con la più alta percentuale di centenari (Sardegna; Loma Linda, California; Nicoya, Costa Rica; Ikaria, Grecia; Okinawa, Giappone). Proprio gli alti tassi di longevità dei residenti di Ikaria stimolarono nel 2015 la conduzione di uno studio epidemiologico (IKARIA) volto a esaminare le caratteristiche e le abitudini individuali della popolazione che potrebbero essere correlate a una longevità eccezionale. Sulla base dei risultati di questa ricerca, il *Research Institute for Longevity and Aging-related diseases* di Atene ha condotto una review nella quale gli autori approfondiscono i collegamenti fisiopatologici tra invecchiamento cardiovascolare e longevità.

## ► Collegamenti tra invecchiamento CV e longevità

Molti fattori che promuovono la malattia CV aterosclerotica sono anche implicati nel processo di invecchiamento (*tabella 1*) e viceversa. Infatti, i disturbi cardiometabolici (iperglicemia, insulino-resistenza, dislipidemia, l'ipertensione ar-

## Highlights

- L'invecchiamento cardiovascolare e la longevità condividono meccanismi fisiopatologici comuni.
- Ritardare l'invecchiamento cardiovascolare aumenta la probabilità di longevità.
- La dieta mediterranea, l'apporto ipocalorico, l'attività fisica, la cessazione del fumo e un contesto genetico e ambientale favorevole sono caratteristiche delle popolazioni longeve.
- Le aree del mondo con record di alta longevità possono servire da modello per le indagini sui meccanismi genetici e fisiopatologici e per l'evoluzione del campo della "medicina del ringiovanimento".

teriosa) condividono meccanismi fisiopatologici comuni con l'invecchiamento, mentre i fenotipi favorevoli geneticamente determinati sono stati associati alla longevità. Inoltre, i modulatori genetici della longevità hanno un impatto significativo sull'invecchiamento cardiovascolare.

L'attuale conoscenza dei percorsi genetici, molecolari e biochimici

dell'invecchiamento può servire da substrato per introdurre interventi che potrebbero ritardare l'invecchiamento cardiovascolare, avvicinandosi così all'obiettivo della longevità. Di seguito proponiamo una breve sintesi della ricerca.

## • Stress ossidativo

Secondo la "teoria dell'invecchiamento dei radicali liberi", l'invecchiamento è il risultato del danno ossidativo cumulativo dei componenti cellulari: un aumento dello stress ossidativo può causare mutazioni e danni al DNA mitocondriale e ad altri costituenti mitocondriali. Diversi studi hanno riportato livelli ridotti di marker di stress ossidativo e/o aumentati livelli di molecole antiossidanti nei "grandi" anziani. I ricercatori hanno scoperto livelli più elevati di vitamine antiossidanti C ed E e livelli più bassi di prodotti di reazione di malondialdeide (un marcatore di perossidazione) con acido tiobarbiturico e idroperossidi lipidici nei centenari delle *blue zones*.

La ricerca futura dovrebbe mirare a individuare il sottile equilibrio in vivo tra processi preossidanti e antiossidanti, sia in modo naturale che farmacologico, che potrebbe essere la chiave per uno stato ossidativo ottimale che ritarderà l'invecchiamento CV e promuoverà la longevità.

TABELLA 1

**Legami fisiopatologici tra invecchiamento CV e longevità**

**Stress ossidativo**

**Attivazione infiammatoria**

**Disturbi metabolici**

- Iperglicemia
- Iperinsulinemia
- Resistenza all'insulina
- Dislipidemia

**Patologie vascolari**

- Disfunzione endoteliale
- Iperensione arteriosa
- Rigidità arteriosa

**Meccanismi genetici-epigenetici**

- Lunghezza dei telomeri
- Metilazione del DNA
- Emopoiesi clonale potenziale indeterminato (CHIP)

Mod da Pietri P, JACC 2021

• **Attivazione infiammatoria**

Le molecole proinfiammatorie che sono state per lo più identificate sono le interleuchine (IL) come IL-1, IL-6, IL-8, IL-13, IL-18, la proteina C-reattiva, il fattore di necrosi tumorale-alfa e i suoi recettori.

Un'importante fonte di infiammazione nei soggetti anziani è il grasso viscerale: con l'invecchiamento si osserva un aumento della quantità totale di lipidi e una ridistribuzione del grasso, dal grasso sottocutaneo a quello viscerale. Anche le alterazioni nella composizione del microbiota intestinale e la maggiore permeabilità della mucosa intestinale che si osserva con l'aumentare dell'età, possono

contribuire all'infiammazione, consentendo l'ingresso di batteri e/o citochine nella circolazione.

Il trattamento farmacologico con inibitori del sistema renina-angiotensina-aldosterone (RAAS), statine e acido acetilsalicilico riduce la mortalità cardiovascolare, un effetto che può essere, in parte, mediato dalle proprietà antinfiammatorie di questi agenti.

Recentemente, canakinumab, un anticorpo monoclonale che inibisce indirettamente la via dell'IL-6, ha ridotto gli eventi CV maggiori (sebbene a costo di un aumento delle infezioni fatali), fornendo una solida evidenza che una terapia antinfiammatoria mirata potrebbe essere utile.

• **Disturbi metabolici**

**Iperglicemia, iperinsulinemia e resistenza all'insulina.** Il metabolismo anormale del glucosio contribuisce ad accelerare l'invecchiamento CV ma anche a una breve durata di vita attraverso diversi meccanismi fisiopatologici, come l'inibizione delle proteine antiaging. Inoltre, la regolazione interrotta delle molecole legate alla longevità (come il bersaglio dei mammiferi della rapamicina e delle sirtuine) è stata correlata ad un metabolismo del glucosio anormale, dimostrando così una relazione bidirezionale tra longevità e metabolismo anormale del glucosio. Al contrario, il normale metabolismo del glucosio con sensibilità all'insulina e bassi livelli di insulina è associato a un rallentamento dell'invecchiamento cardiovascolare.

È interessante notare che, nell'era delle moderne terapie antidiabetiche, una scelta "datata" ma efficace, la metformina, che agisce come un agente sensibilizzante

all'insulina che attiva l'AMPK e possiede anche proprietà antinfiammatorie e antiossidanti, è stata proposta dai ricercatori come farmaco con potenziali proprietà antiaging.

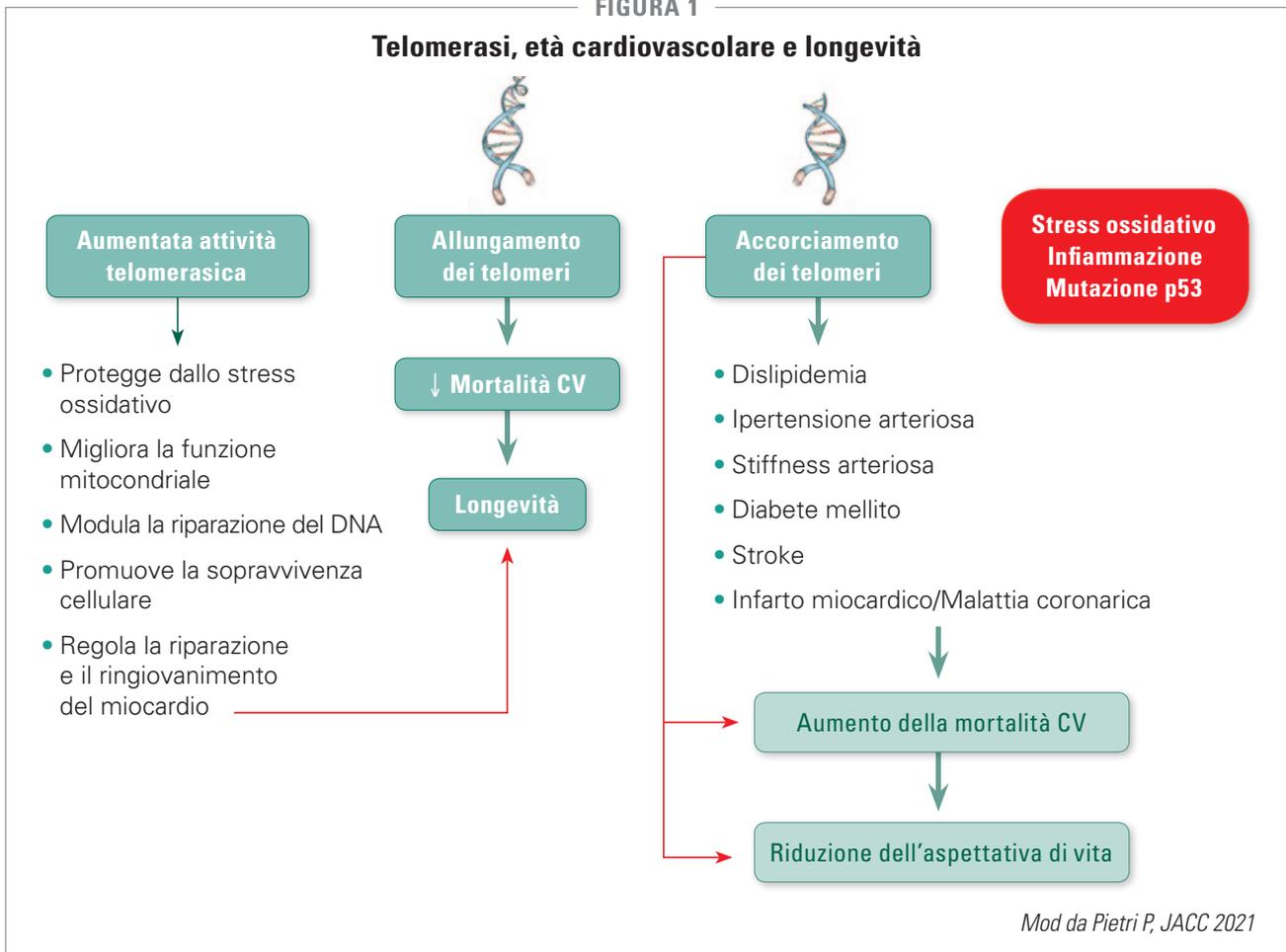
• **Fattori molecolari**

Dal 1930, dove, per la prima volta, è stato dimostrato l'effetto benefico della restrizione calorica sulla durata della vita nei topi, la ricerca sull'impatto di fattori genetici, epigenetici, molecolari, biochimici e ambientali sull'invecchiamento, sta crescendo rapidamente. In particolare, la maggior parte di questa ricerca viene applicata a organismi da esperimento, pertanto l'estrapolazione dei risultati alla longevità umana dovrebbe essere considerata con cautela. Tuttavia, si legge nella ricerca, tra i fattori molecolari, l'accorciamento dei telomeri emerge come il biomarcatore più significativo dell'invecchiamento cardiovascolare, con potenziale relazione causale con l'aterosclerosi, anche se con una dimensione dell'effetto ridotta, ed è anche correlato alla breve durata della vita. Sebbene la causalità non possa essere stabilita con certezza, l'hub patofisiologico tra invecchiamento cardiovascolare e longevità è chiaramente dimostrato (figura 1).

La breve lunghezza dei telomeri è associata a molte malattie legate all'invecchiamento che promuovono a loro volta l'invecchiamento cardiovascolare e l'aumento della mortalità CV ad una diminuzione della aspettativa di vita. Lo stress ossidativo e l'infiammazione di basso grado, ovvero i due meccanismi fisiopatologici sottostanti più riconoscibili della malattia CV aterosclerotica, sembrano accelerare l'accorciamento della lun-

FIGURA 1

**Telomerasi, età cardiovascolare e longevità**



ghezza dei telomeri. Al contrario, una lunghezza aumentata dei telomeri è stata associata sia alla diminuzione della mortalità CV che alla longevità. L'aumento dell'attività della telomerasi, attraverso l'aumento della lunghezza dei telomeri, ma anche attraverso meccanismi indipendenti dai telomeri, contribuisce alla longevità.

**► Conclusioni**

I meccanismi patofisiologici più importanti della malattia aterosclerotica, come lo stress ossidativo, l'infiammazione di basso grado e la resistenza all'insulina, oltre ai fattori ambientali come l'inqui-

namento, il clima e le radiazioni gamma, sono meccanismi dell'invecchiamento.

Gli effetti benefici delle misure sullo stile di vita sulla longevità, sottolineano il ruolo di questi meccanismi: ritardare l'invecchiamento cardiovascolare attraverso fattori modificabili (come l'alimentazione e l'esercizio fisico), non modificabili (geni) e misti modificabili/non modificabili (ambiente), può promuovere la longevità, come suggerito da studi sperimentali e clinici e rafforzato da studi epidemiologici a lungo termine.

Il focus della ricerca sulla genetica cardiovascolare e le modulazioni

epigenetiche guidate dall'ambiente possono aiutare per individuare interventi terapeutici cardiovascolari personalizzati che promuoveranno la longevità. Le popolazioni longeve sono il substrato ottimale per tale ricerca.

P.L.

**BIBLIOGRAFIA**

- Pietri P, C, C et al. Deceleration of age-related aortic stiffening in a population with high longevity rates: the IKARIA Study. *Am Coll Cardiol* 2015; 66(16):1842-1843.
- Pietri P, Stefanadis C. Cardiovascular aging and longevity. *JACC State-of-the-Art Review*. *JACC* 2021; vol 77, n. 2.

# Covid-19: la gestione integrata di malattia

L'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri - Italian Thoracic Society (AIPO-ITS) e la Società Scientifica dei Medici di Medicina Generale (METIS) hanno messo a punto il documento "La gestione della malattia Covid-19". Uno strumento di orientamento diagnostico e terapeutico che sottolinea l'importanza di una interazione virtuosa tra ospedale e territorio

**O**biiettivo generale del documento dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri - Italian Thoracic Society (AIPO-ITS) e della Società Scientifica dei Medici di Medicina Generale (METIS) è quello di offrire ai professionisti uno strumento che li possa aiutare a orientarsi nella gestione dei pazienti affetti da Covid-19, così come supportare nella collaborazione multidisciplinare fra specialista e Mmg. Il gruppo di esperti sottolinea infatti, più volte all'interno della pubblicazione, l'importanza di una interazione virtuosa tra ospedale e territorio.

Il documento parte dalla diagnosi differenziale dei pazienti con sospetta infezione da SARS-CoV-2 nel setting ambulatoriale per poi analizzare le differenti caratteristiche dei test diagnostici ad oggi disponibili per la rilevazione dell'infezione. In particolare una sessione dedicata all'ecografia toracica che risulta essere un mezzo diagnostico dinamico, a basso costo e senza rischi, eseguibile anche al letto del malato con un'alta resa diagnostica. Se eseguita da personale esperto in questo ambito, la sensibilità e la specificità dell'esame in periodo pandemico sono elevatissime.

Vengono poi presentate proposte per il realizzarsi di una efficace collaborazione fra ospedale e territorio che richiede una valutazione dei casi volta a stratificare la gravità della malattia. In questo ambito vengono inoltre proposti criteri di dimissibilità in base alle condizioni cliniche e, nel caso della dimissione domiciliare, definite le modalità di presa in carico più ido-

nee a garantire la continuità delle cure. Inoltre si è voluto sottolineare il contributo che l'uso dei dispositivi digitali possono apportare al monitoraggio a distanza dei pazienti in questo come in altri quadri di patologia, in particolare nella assistenza domiciliare e della diagnostica "bed-side". Vengono inoltre descritti i principali fattori di rischio, perlopiù rappresentati da comorbidità, che possono compromettere una prognosi favorevole di malattia in caso di infezione da SARS-CoV-2.

Gli autori del documento forniscono utili indicazioni circa la gestione terapeutica di pazienti con infezioni respiratorie croniche e/o con comorbidità presso l'ambulatorio del medico di medicina generale, nonché la gestione terapeutica del paziente ospedalizzato e del paziente dimesso dopo COVID-19.

Vengono inoltre descritte e definite le caratteristiche generali di pazienti, con infezione da COVID-19, che possono essere trattati a domicilio.

Vi è poi un paragrafo dedicato all'importanza delle vaccinazioni antinfluenzali e pneumococcica così come una sezione sull'ossigenoterapia e i supporti ventilatori.

## ► Proposte di co-gestione specialista/Mmg

L'emergenza ha evidenziato la necessità di facilitare al massimo la comunicazione interdisciplinare in modo da favorire la comunicazione fra specialisti e, quando possibile, la gestione domiciliare del paziente con sospetta infezione, asintomatico o paucisintomatico, del paziente di-

messo e/o con malattia respiratoria cronica, evitando gli accessi impropri in PS. Una grande opportunità è rappresentata dalla reperibilità a distanza dei medici per tutta la giornata anche con l'ausilio del personale di studio (DPCM 8/04/2020 n. 23). A tale scopo è possibile individuare una serie di strumenti tecnologici innovativi in grado di agevolare e potenziare la funzione di presa in carico del paziente da parte del Mmg in completa sicurezza, evitando di congestionare altri livelli di assistenza, realizzando una nuova strategia assistenziale la cui collocazione ideale per appropriatezza, efficienza ed efficacia è nel setting della medicina generale. Questo consente di mettere in atto modalità assistenziali innovative di monitoraggio anche in remoto per l'acquisizione di tutte le informazioni necessarie, migliorando la presa in carico e la relazione di cura.

Il sistema consente inoltre la condivisione con gli altri attori del sistema (es, USCA, specialisti), che possono utilizzare le informazioni contenute al fine di orientare le loro attività. La revisione dei piani terapeutici, sulla scorta di quanto fatto per i DOACs con la nota 97, per i pazienti con BPCO e il diabete, in gran parte seguiti dalla medicina generale, potrebbe ulteriormente facilitare la gestione delle patologie COVID e COVID-correlate.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Adriano Vaghi

# Impatto psicologico della pandemia in MG

Fortemente coinvolti nell'emergenza e duramente colpiti dalla stessa: oltre un terzo dei Mmg riferisce depressione e stress post-traumatico. Sono maggiormente donne, medici più giovani e con meno anni di pratica alle spalle. La conferma da uno studio condotto sui Mmg del Piemonte

**U**na ricerca italiana ha indagato sui sintomi di ansia, depressione e stress post-traumatico (PTSS) su un campione di Mmg affiliati a Fimmg Piemonte.

La ricerca è stata condotta dal gruppo "ReMind the Body", coordinato dal Prof. **Lorys Castelli** Dipartimento di Psicologia, Università di Torino, in collaborazione con il gruppo di ricerca "Ricerca ed Innovazione Medicina Generale" (RIMeG), di Fimmg Piemonte. "Attraverso una survey strutturata con scale validate per indagare i sintomi, tra il 28 aprile 2020 e il 10 maggio 2020 è stato inviato un questionario a 2.049 Mmg piemontesi - spiega a **M.D. Alessandra Taraschi**, Mmg di Torino e referente per lo studio. Ai fini della ricerca sono state analizzate le informazioni sociodemografiche, le variabili legate al lavoro e i risultati di tre scale di autovalutazione che studiano i sintomi di ansia, depressione e stress post-traumatico.

## ► Risultati

Il 12% dei Mmg contattati (246 Mmg) ha completato il sondaggio, con un'età media di 51.1 anni; il 56% (138) di loro erano donne. La maggior parte dei Mmg aveva almeno un figlio (64%, 157) e non aveva precedenti condizioni mediche (69%, 170).

Il 32% (79) dei partecipanti presentava un significativo PTSS, il 75% (185) e il 37% (91) ha riportato rispettivamente ansia e sintomi depressivi clinicamente rilevanti. Il 41% (100) ha riferito di non avere dispositivi di protezione individuale (DPI) a disposizione,

il 48% (119) di non aver ricevuto informazioni adeguate per proteggere i propri familiari e il 61% (149) non ha ricevuto chiare linee guida diagnostiche/terapeutiche su Covid-19.

I colleghi con ansia clinicamente rilevante e sintomi depressivi erano più giovani, con più probabilità di essere donne e avevano praticato per meno anni, rispetto ai Mmg senza sintomi. I colleghi che hanno mostrato PTSS clinicamente rilevante (oltre ad ansia e depressione) sono quelli che hanno riferito in una percentuale più alta di non aver ricevuto informazioni adeguate per svolgere il loro lavoro e proteggere la loro famiglia.

## ► Riflessioni

I risultati evidenziano che i Mmg che hanno sperimentato ansia e sintomi depressivi clinicamente rilevanti e un significativo PTSS erano donne, giovani e meno esperti rispetto ai colleghi di sesso maschile, più anziani e più esperti. Questa evidenza ha confermato i dati già riscontrati nella popolazione sanitaria generale (Kisely et al, 2020). Al contrario, non sono state riscontrate differenze significative sui livelli dei sintomi psicopatologici tra Mmg che avevano o meno una condizione medica e tra quelli che avevano o meno figli. Una percentuale estremamente bassa (39%) ha ricevuto chiare LG sulla gestione di Covid-19, confermando i risultati di un campione di Mmg della Lombardia (Fiorino et al, 2020).

Alte percentuali di Mmg non avevano ricevuto né DPI (41%) né informazioni

chiare (48%) su come evitare di infettare le loro famiglie. Nonostante questi risultati, nel gruppo di medici non è stato riscontrato che il possesso o il mancato possesso di DPI sia associato in modo significativo a sintomi psicopatologici (una possibile spiegazione potrebbero essere alcune misure di contenimento, per es. prescrizioni online).

Al contrario, chiare linee guida sulla gestione di Covid-19 sono un'esigenza chiave non soddisfatta. Meno i Mmg sono informati su come proteggere le loro famiglie e gestire i loro pazienti, più sperimentano sintomi psicopatologici.

## ► Conclusioni

I Mmg sono costretti a svolgere il loro lavoro in condizioni incredibilmente stressanti e ciò si riflette nella psicopatologia clinicamente rilevante. Oltre a implementare LG chiare e condivise sulla gestione di Covid-19 andrebbe implementato un programma di screening psicologico per identificare i Mmg a rischio ed eventualmente indirizzarli al trattamento psicologico. La ricerca sta avendo un seguito, in quando da poco ha preso il via una seconda survey.

• Castelli L, Di Tella M, Benfante A, Taraschi A, Bonagura G, Pizzini A, Romeo A. The psychological impact of COVID-19 on general practitioners in Piedmont, Italy. *J Affect Disord* 2021; 281: 244-46.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Alessandra Taraschi

# Assistere gli anziani con compassione

Nell'articolo che segue viene esemplificato in cosa consiste curare con compassione, descrivendo due modelli innovativi di assistenza agli anziani con problemi cognitivi: la *Gentlecare* e le *Dementia Friendly Communities*

Marina Elvira Botto\*, Fabiana Ciullo\*\*, Artiola Islami\*\*\*, Stefano Alice\*\*\*

Una delle caratteristiche della compassione, che più la rende utile in campo medico, è di essere una emozione, che ha effetti positivi tanto per chi la prova quanto per chi ne è oggetto. Uno degli ambiti in cui se ne sente maggiormente la necessità è quello dell'assistenza agli anziani con problemi cognitivi.

Alla comprensione teorica del concetto di compassione e alla sua analisi scientifica contribuiscono lo studio e la descrizione di quei modelli assistenziali, che sono caratterizzati dalla compassione come risposta empatica alla sofferenza del paziente. Si tratta di modelli che presuppongono un concetto di salute multidimensionale, che considera il benessere dell'individuo nella sua totalità, tenendo conto oltre che della componente biologica anche di quelle psicologiche e sociali.

## ► Programma *Gentlecare*

Sotto questo profilo assume un notevole rilievo un programma assistenziale denominato *Gentlecare* ovvero cura gentile. È stato ideato da Moyra Jones (28.9.1936-5.1.2015), una terapeuta occupazionale, canadese, che entrò in contatto con la triste realtà dell'assistenza ai malati di Alzheimer quando sia suo padre

che suo zio divennero dementi: vide i suoi congiunti legati al letto e sedati; ascoltò suo padre, che in un momento di lucidità le chiedeva disperato "perché?"; assistette persino ad un tentativo di rianimarlo, quando andò incontro ad una insufficienza respiratoria acuta.

Ispirata da queste vicende e dalla domanda di senso che ne scaturiva, Moyra Jones fondò una società di consulenza e sviluppò un programma di assistenza alle persone con demenza, finendo col determinare un profondo cambiamento della filosofia di cura. Ha descritto il suo metodo nel libro "*Gentlecare: un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer*". Per venti anni ha viaggiato ed insegnato, diffondendo la metodologia *Gentlecare* in ventidue stati degli USA, in sette province canadesi, in Italia, in Russia ed a Singapore.

Un suo fondamentale contributo è la descrizione della spirale che porta a reciproci comportamenti aggressivi e violenti tra il demente e chi l'assiste. È una spirale che nasce dalla scelta di approcciarsi alla persona con deterioramento cognitivo, quando la si deve lavare, spogliare, vestire, in modo verbalmente aggressivo, con atteggiamento punitivo, facendo uso della contenzione fisica.

Per contro la *Gentlecare* non è focalizzata sul comportamento della persona demente.

Piuttosto promuove un adattamen-

to dell'ambiente fisico e sociale, in cui la persona vive, alle sue nuove condizioni; si formulano quindi strategie e programmi per identificare e rimuovere i fattori di stress, che sono presenti nell'ambiente, che circonda la persona demente.

I caregiver imparano a potenziare le capacità residue del malato, pianificando attività e programmi stimolanti e sostenendolo nello svolgimento delle attività della vita quotidiana.

La *Gentlecare* è quindi un metodo protesico di assistenza, il cui obiettivo - usando le parole di Moyra Jones - è: "Promuovere il benessere della persona malata, inteso come migliore livello funzionale possibile in assenza di stress".

Lo spazio fisico di cura deve essere il più possibile sicuro ma accogliente, semplice e domestico, concepito per essere vissuto dal demente il più liberamente possibile.

L'ambiente di cura ideale è quindi una casa opportunamente adattata, perché gli spazi gli arredi non solo non accentuino la disabilità dell'ospite, ma al contrario diventino per lui uno stimolo ed un supporto, contribuendo a riattivarne la memoria, facilitandone l'orientamento, limitandone la frustrazione, contenendone l'agitazione.

Le attività quotidiane comprendono tutto ciò che le persone fanno normalmente nelle 24 ore.

Nella *Gentlecare* i programmi non

\* Geriatria, Asl3 Regione Liguria

\*\* Dottore in Scienze e Tecniche Psicologiche, Genova

\*\*\* Medicina Generale, Genova

sono rigidi, vengono banditi i tempi artificiali di veglia, sonno e alimentazione e si valorizzano tutte le attività gradite alla persona indipendentemente dalla coerenza temporale, spaziale, organizzativa.

Chi assiste persone fisicamente e mentalmente rallentate deve avere la pazienza di rispettarne i tempi e deve intervenire il meno possibile, cercando di farlo solo quando è messa a rischio l'incolumità dei pazienti. Limitarsi a controllare la situazione è un modo per preservare l'autonomia residua dei pazienti e la loro dignità, perché ne rispetta il desiderio di indipendenza, che non viene necessariamente meno col declino cognitivo.

In altre parole la *Gentlecare* è basata su un programma di assistenza personalizzata, perché riconosce che la condizione di ogni singolo paziente è unica, che l'insieme dei problemi non è mai esattamente lo stesso e che perciò non esiste una sola soluzione valida per tutti.

Se la *Gentlecare* ha affermato alcuni importanti ed ineludibili principi, tuttavia è ormai chiaro che non ci si può limitare ad essi.

### ► Dementia Friendly Community

La demenza riguarda un numero enorme di persone, si potrebbe arrivare a dire che riguarda tutti, dal momento che l'OMS parla di epidemia collegata all'allungamento della vita umana, di conseguenza anche per motivi di sostenibilità finanziaria è divenuto prioritario ritardare il più possibile l'istituzionalizzazione di questi pazienti e ciò comporta un approccio più ampio, capace di andare molto al di là dell'assistenza al singolo paziente, si sta infatti sviluppando l'idea di creare Comunità amiche delle persone affette da demenza (*Dementia Friendly Community*). Il significato è quello di dare alle persone con disturbi cognitivi, ormai una moltitudi-



ne, un livello accettabile di autonomia e insieme di protezione.

Il progetto ha cominciato a trovare applicazione nel 2012 nel Regno Unito dove le *Dementia Friendly Communities* sono ad oggi 147 e la *Alzheimer's Society* ha pubblicato nel 2015 una guida alla creazione ed allo sviluppo del progetto, istituendo una sorta di network delle autorità locali coinvolte (*Dementia Action Alliance*). È una iniziativa che si è diffusa in Australia, Belgio, Germania, India, Italia, Usa.

Sono diversi i Comuni italiani che hanno intrapreso un programma territoriale di inclusione e protezione delle persone con demenza: ha iniziato Abbiategrasso (MI), seguito da Giovinazzo (BA), Val Pellice (TO), Scanzorosciate e Albino (BG). In Liguria dove il 28% degli ultra65enni soffre di disturbi cognitivi (oltre 17.200 persone) è particolarmente significativa l'esperienza del Comune di Recco.

Si è partiti dal formare ed informare la gente comune, intercettandone l'ignoranza per combattere lo stigma e soprattutto l'indifferenza nei confronti delle persone più fragili; sono stati organizzati molti incontri pubblici ed interventi mirati sulle categorie più importanti per il progetto: giovani

e cittadini in età attiva; sono state coinvolte le Forze dell'Ordine (112 e Polizia Municipale), le Pubbliche assistenze e il volontariato, creando canali preferenziali alle segnalazioni; sono state abbattute barriere architettoniche e migliorata la cartellonistica stradale; sono state sensibilizzate le banche e gli esercizi commerciali.

In particolare si pensa che i commercianti, oltre a supportare gli utenti in difficoltà, possano aiutare ad individuare i deficit che più precocemente appaiono all'esordio di una demenza (disorientamento visuo-spaziale, aprassie, difficoltà nel conteggio e nel dare il giusto valore al denaro).

All'ingresso dei negozi coinvolti viene esposto un adesivo, che richiama il concetto di esercizio "*Dementia Friendly*".

La *Gentlecare* e le *Dementia Friendly Communities* ci permettono di vedere la compassione in azione, rispettivamente a livello personale e a livello sociale.

### BIBLIOGRAFIA

- Jones M. *Gentlecare: un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer*. Editore Carocci, Roma 2005 (ristampa 2020).
- Botto ME. *I giorni perduti*. Genova Medica 2018; n. 3 pag 10-11.

# La relazione di cura e la mascherina

Le mascherine sono entrate prepotentemente a far parte della relazione di cura, nascondendo una porzione del volto, rendendo più difficile riconoscere l'identità, dalla mimica facciale e dal labiale. Ma risaltando lo sguardo in realtà possono mettere più in contatto con i pazienti rispetto a prima

**Giuseppe Palermo** - *Psicologo, Psicoterapeuta Sistemico-Relazionale, Psiconcologo - Padova*

In questo tempo di pandemia le mascherine protettive sono entrate a far parte della nostra vita, diventando il simbolo visibile dell'emergenza. Un indumento da indossare che nasconde una porzione del volto, rendendo più difficile riconoscere l'identità, dalla mimica facciale e dal labiale.

La mascherina è utilizzata come difesa e protezione, ma nello stesso momento mette in pericolo le percezioni e il sentire l'altro nel momento della comunicazione, e le emozioni giocano un ruolo fondamentale stravolgendo le scelte più pianificate. È evidente quanto sia necessario al medico, allo psicoterapeuta e a tutte le altre professioni di cura, poter esporre degli aspetti non verbali provenienti dal paziente per comprendere malesseri talvolta indicibili a parole. Una mascherina può contaminare tutto ciò, e non permettere di creare un ponte tra il paziente e professionista.

## ► Evoluzione della relazione

Non è difficile soffermarsi in questo periodo di pandemia sugli sguardi del dolore, il momento dove si incrociano gli occhi, e in pochi secondi si invia un messaggio, intendo per sguardo del dolore quell'esatto momento in cui gli occhi si stringono lasciando trapelare una sofferenza, prima ancora che la coscienza della persona la colga, o senza che la colga. Una sofferenza muta, costretta da qualche parte, come il rumore di una cascata impetuosa che avverti solo da lontano. Tutto questo è celato da una mascherina. Vorrei sottolineare quanto sia importan-

te sperimentare paura, emozione primaria, fondamentale per la nostra difesa e sopravvivenza: se non la provassimo non riusciremmo a metterci in salvo dai rischi. Quindi ben venga percepire paura, perché ciò ci attiva. Ma se non riusciamo a gestirla percependo il Coronavirus (SARS-CoV-2) come un pericoloso predatore inarrestabile, rischiamo di attuare comportamenti impulsivi, frenetici e irrazionali controproducenti. Qui si passa spesso al panico o all'ansia generalizzata, per cui un pericolo limitato e contenuto di contagio viene generalizzato percependo ogni situazione come rischiosa ed allarmante.

È come se la mascherina fosse la cornice del nostro sguardo. Se la pensiamo come un impedimento, la nostra mente ci fa sobbalzare e rattristare, ma se la concepiamo in quest'altra accezione possiamo valorizzare la grandissima capacità umana che da sempre tutti raccontano dentro la bellezza dello sguardo. Cambia il nostro paradigma e viene messo in risalto l'intensità degli occhi che sono la rappresentazione immediata di tutte le emozioni che ci attraversano. La mascherina, quindi, risaltando lo sguardo, in realtà ci mette più a contatto con gli altri rispetto a prima.

L'importante è capire "chi sta controllando che cosa", come nelle dipendenze: sono ancora io a gestire e scegliere cosa fare, o sto attuando comportamenti seguendo una massa di persone che sta facendo proprio quello che andrebbe razionalmente evitato? Allora, come sta cambiando la relazione

medico-paziente? Con il lockdown è stata introdotta la consulenza online, utili a garantire il prosieguo del lavoro iniziato con i pazienti prima del Coronavirus per dare loro supporto nei giorni più difficili. Ovviamente come ogni cosa questa modalità ha i suoi pro e i suoi contro e non tutte le attività hanno avuto la possibilità di utilizzarla. Tuttavia, laddove possibile è un mezzo per rimanere accanto ai propri pazienti e non farli sentire abbandonati, creando un'ulteriore modifica nella loro normale quotidianità.

## ► Conclusioni

Come tutti gli eventi avversi improvvisi, dopo una prima fase di shock c'è una reazione e la positività di quest'ultima è commisurata alla creatività con la quale si riescono ad affrontare i problemi. La pandemia se da un lato ha messo in discussione rapporti, evocato conflitti, indotto rotture familiari, dall'altro, è stata anche un'occasione per ripensare all'uomo, alla sua caducità, ai valori che contano davvero, al tempo sospeso, alla percezione di non possedere il controllo. Il tempo che stiamo vivendo lascerà un segno importante nella storia, non solo per la pandemia, ma anche per come le persone avranno saputo vivere il proprio tempo in un momento di grande precarietà.



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



# NUTRIENTI e SUPPLEMENTI

INFORMAZIONE QUALIFICATA DA FONTI QUALIFICATE



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



## EFFICACIA DEL RISO ROSSO FERMENTATO



## STRESS OSSIDATIVO E POLIFENOLI DELL'UVA



## TAURINA, L'ANTIMICROBICO NATURALE



## IMPIEGO DELLA CURCUMINA IN GRAVIDANZA

## Efficacia del riso rosso fermentato

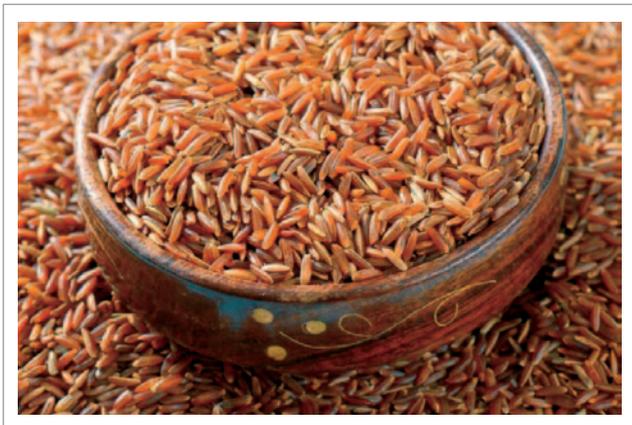
*Una nuova review conferma efficacia e sicurezza degli estratti di riso rosso fermentato*

■ Gli estratti di riso rosso fermentato con dosi di monocolina K comprese tra 3-10 mg/die sono da considerarsi ipolipemizzanti utili e sicuri in soggetti sani con ipercolesterolemia lieve-moderata. A ribadirlo, una review (*J Am Coll Cardiol* 2021; 77: 620-8) che ha preso in esame le evidenze cliniche su potenzialità e limiti del più efficace tra i nutraceutici in ambito dislipidemico.

L'attività dell'estratto è dovuta principalmente alla monocolina K, un debole inibitore reversibile della 3-idrossi-3-metilglutaril-coenzima A reduttasi (Hmg-CoA reduttasi), la cui assunzione quotidiana determina una riduzione dei livelli plasmatici di c-Ldl dal 15% al 25% nell'arco di 6-8 settimane. La combinazione di nutraceutici ipolipemizzanti più studiata è quella di monocolina K 3 mg e berberina 500 mg. Una me-

analisi di 14 trial clinici con dati di 3.159 soggetti ha dimostrato che tale associazione è in grado di migliorare significativamente il livello plasmatico di C-Ldl (-23,6 mg/dl, corrispondente a una riduzione percentuale del 14,7%), C-Hdl (+2,7 mg/dl), trigliceridi (-14,2 mg/dl) e glucosio (-2,52 mg). A ciò si aggiungono le evidenze sul miglioramento della funzione endoteliale e della rigidità arteriosa e nella prevenzione di eventi cardiovascolari.

Nel complesso, gli integratori a base di riso rosso fermentato sono ritenuti sicuri e ben tollerati. Di recente, alcune pubblicazioni hanno sollevato rilievi su alcuni aspetti di tossicità. La prima raccomandazione è di assicurarsi che i prodotti siano citrinina-free, ovvero non contengano la micotossina derivante dal processo di fermentazione del riso



rosso considerata potenzialmente tossica da studi preclinici. Occhio, inoltre, all'assunzione concomitante di succo di pompelmo o farmaci (ciclosporina, verapamil, antimicotici azolici, macrolidi, nefazodone, inibitori delle proteasi), che possano inibire Cyp 3A4, enzima che metabolizza la monacolina K: potrebbero determinarsi effetti a livello mu-

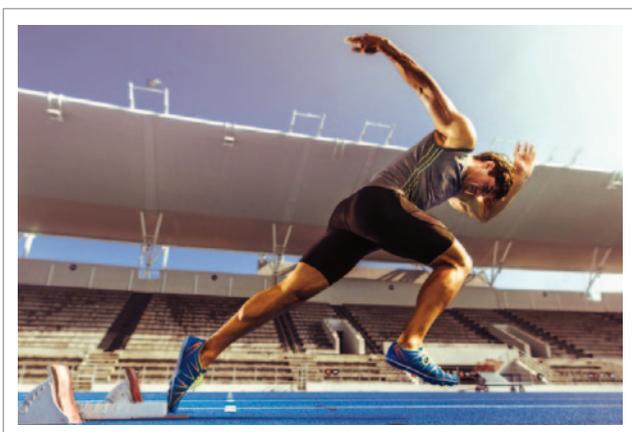
scolare. Una recente metanalisi di 53 studi clinici, infine, ha escluso sintomi muscolari statine-correlati per un'assunzione giornaliera di monacolina K tra i 3 e i 10 mg.

"Esiste chi nega ancora l'utilità dei nutraceutici ipocolesterolemizzanti, sostenendo che non esista evidence-based medicine in quest'ambito" - commenta **Arrigo Cicero**, Dipartimento di Scienze mediche e chirurgiche dell'Alma Mater Studiorum Università di Bologna e coordinatore della review. "Il nostro lavoro che gli integratori a base di riso rosso fermentato, con monacolina K tra 3-10 mg per compressa, sono da considerarsi ipolipemizzanti efficace e sicuri indicati in soggetti sani con lieve ipercolesterolemia, da soli o in combinazione con altre sostanze naturali ad azione anti-dislipidemica o farmaci alternativi alle statine quando non tollerate. Non devono però mai essere considerati sostitutivi delle statine o di altri farmaci ipolipemizzanti in pazienti ad alto rischio CV. Infine, si raccomanda vigilanza in caso di impiego di estratti di riso rosso fermentato in pazienti fragili che assumono farmaci in grado di interferire con l'azione della monacolina K".

## Stress ossidativo e polifenoli dell'uva

*L'integrazione con polifenoli dell'uva può essere utile per l'affaticamento muscolare negli atleti*

■ L'integrazione con polifenoli dell'uva può rivelarsi un utile supporto agli atleti in caso di attività intensa e prolungata per contrastare l'effetto dei radicali liberi di ossigeno e azoto prodotti durante lo sforzo. Queste le conclusioni di una nuova ricerca (*J Int Soc Sports Nutr 2021; 18: 3*). L'integrazione con polifenoli dell'uva sembra avere un effetto positivo contro lo stress ossidativo. Gli esiti dipendono dai dosaggi, dalla durata dell'integrazione e dal profilo



biochimico (contenuto totale e dalla distribuzione tra le famiglie polifenoliche). Inoltre, sembra che il tipo e l'intensità dell'esercizio piuttosto che lo stato di allenamento dell'atleta possano influenzare la risposta ossidativa dell'organismo. Considerati i dosaggi impiegati negli studi, gli Autori ritengono improbabile che gli atleti possano ottenere quantità adeguate di polifenoli dalla sola dieta e i prodotti concentrati si rivelano un approccio interessante. Così concludono i ricercatori: "L'uso di integratori con proprietà antiossidanti può rivelarsi una strategia efficace per mantenere l'equilibrio ottimale. In quest'ambito, l'uva è da considerare un'importante fonte di antiossidanti naturali per il suo alto contenuto in polifenoli che hanno già evidenziato benefici nell'attenuazione dei danni da esercizio fisico inteso in diversi sport. È lecito ipotizzare che un'integrazione con prodotti a base di uva possa essere di aiuto per mitigare lo stress ossidativo indotto dall'attività fisica. L'uso quotidiano e a lungo termine è da evitare, mentre può rivelarsi strategico l'impiego nei periodi di allenamento intenso. In ogni caso, sono necessarie ricerche mirate in quest'ambito per determinare dosaggi e tempi di assunzione".

## Taurina, l'antimicrobico naturale

*Studi sperimentali segnalano che concentrazioni elevate di taurina potrebbero contrastare le infezioni batteriche*

■ Occhi puntati sulla taurina come sostanza naturale in grado di contrastare le infezioni batteriche. Un contributo importante in questa direzione, frutto del lavoro di ricercatori dei NIH, è comparso su *Cell* (184, 615–27) per il momento, si tratta di studi condotti su modelli animali. I ricercatori hanno osservato che un microbiota che già aveva subito un attacco precedente da parte di *K. pneumoniae*, quando trapiantato in topi germ-free, garantiva una protezione da una successiva re-infezione. Hanno così identificato una classe di batteri (Deltaproteobatteri) come il principale esercito di difesa all'interno del microbiota e la taurina come fattore scatenante la contro-risposta protettiva all'infezione. La taurina è un aminoacido solforato che svolge un ruolo fondamentale nella sintesi degli acidi biliari. Derivato della taurina è l'acido solfidrico, gas tossico. Secondo quanto pubblicato, bassi livelli di taurina consentono ai patogeni di colonizzare l'intestino, mentre concentrazioni elevate sono in grado di produrre quantità di acido solfidrico sufficienti a bloccare l'attacco. Negli esperi-



menti degli scienziati americani, la taurina somministrata ai topi come integratore insieme ad acqua, ha consentito di prevenire l'infezione, mentre se con l'acqua si dava subsalicilato di bismuto, la protezione diminuiva, dal momento che il bismuto inibisce la produzione di acido solfidrico.

## Impiego della curcumina in gravidanza

*Un suo uso deve essere attentamente valutato e sotto controllo medico*

■ In questi ultimi anni le azioni pleiotropiche della curcumina, il principale polifenolo contenuto nella radice della *Curcuma longa*, l'hanno resa molto popolare come composto dagli effetti benefici sulla salute ma, a oggi, le informazioni sull'impiego in gravidanza sono poche e frammentarie.

A riassumerle, una review (*Nutrients* 2020, 12: 3179) frutto della collaborazione tra l'Università Sapienza di Roma e l'Iss.

**Carmela Santangelo**, del Centro di riferimento per la Medicina di genere all'Iss, e **Tiziana Filardi**, del Dipartimento di Medicina sperimentale della Sapienza hanno illustrato a N&S i contenuti della revisione.

“Si ipotizza che la curcumina potrebbe essere utile nel contrastare le alterazioni immuno-metaboliche associate alle complicanze della gravidanza come il diabete gestazionale, la preeclampsia, la depressione, il parto



pretermine ma anche i danni indotti da agenti tossici naturali e chimici”.

“Un dato importante che emerge dalla nostra ricerca riguarda il trattamento della depressione post-partum, un disturbo frequente nella donna tanto da essere diventato un problema di salute pubblica di notevole importanza. Sebbene l’attività antidepressiva della curcumina sia stata positivamente valutata in diversi trial clinici sull’uomo, allo stato attuale non sono stati avviati studi per valutare i possibili benefici esercitati dalla curcumina su questo disturbo che può essere fortemente invalidante per la donna e i suoi familiari.

#### ► **Dati pre-clinici e prospettive**

La gestazione è un evento dinamico durante il quale i meccanismi regolatori coinvolti possono essere variamente modulati dalla curcumina con effetti che non sono ancora completamente noti. Nonostante i promettenti risultati ottenuti su modelli animali, sono necessari ulteriori studi per meglio comprendere i meccanismi di azione della curcumina in una condizione così particolare quale è la gravidanza prima di poterne valutare il possibile utilizzo come agente terapeutico in specifiche complicanze a essa associate.

#### ► **Rischi per il feto**

Studi effettuati su modelli animali di ridotta crescita fetale indotta sperimentalmente, hanno evidenziato che la curcumina, modulando l’espressione genica di diverse molecole era in grado di migliorare lo stato infiammatorio, il danno ossidativo e il peso del nascituro. In animali sani invece, la curcumina sembra avere effetti tossici se non letali nei primi stadi dello sviluppo embrionale; essa può indurre apoptosi nelle blastocisti e ridurre il tasso di impianto e lo sviluppo degli embrioni. Questi dati ci fanno capire quanto può essere complessa non solo la regolazione dei meccanismi coinvolti nella crescita del feto durante la gravidanza, ma anche la loro modulazione per effetto della curcumina.

#### ► **Conclusioni**

Anche se la sperimentazione sugli animali mostra che la curcumina può migliorare il diabete gestazionale e la preeclampsia, così come può ridurre la neurotossicità fetale indotta da agenti tossici ambientali quali il bisfenolo-A, il mercurio, il piombo e dalla esposizione prenatale all’alcool etilico, non abbiamo a disposizione studi riguardanti gli effetti della curcumina sulle donne con gravidanza fisiologica o complicata. Per determinare se e come la gravidanza può trarre beneficio dalle proprietà della curcumina è necessaria una prospettiva di studio multidisciplinare in grado di fornire una visione olistica delle complesse interazioni tra la curcumina ed i processi fisiopatologici della gravidanza. In conclusione, tenendo presente che i dati a nostra disposizione derivano da studi sugli animali, e che la gestazione è un periodo complesso, delicato e influenzabile da fattori ambientali, un uso della curcumina in gravidanza deve essere attentamente valutato e sempre sotto il diretto controllo medico.



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

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

Per ricevere gratuitamente la newsletter settimanale: [www.nutrientisupplementi.it](http://www.nutrientisupplementi.it) • [info@nutrientisupplementi.it](mailto:info@nutrientisupplementi.it)