

# M.D.

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

Anno XXIX, numero 1 - 2022

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

## IN QUESTO NUMERO

### CONTRAPPUNTO 6

**Il medico di medicina generale diventa un globe trotter**

### RIFLETTORI 14

**La visita a domicilio tra tecnologia e umanità**

### RASSEGNA 30

**Miocardite e vaccino anti Covid-19: attualità e prospettive**

### PRATICA MEDICA 32

**Patologia splenica in medicina generale: ruolo dell'ecografia**



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



Da sinistra:

**Iacopo Periti** - Medico di Medicina Generale, Empoli

**Giulia Cianetti** - Medico di Continuità Assistenziale, Empoli

**Giovanni Castaldo** - Medico di Medicina Generale, Prato

**#BastaBurocrazia**

## M.D. Medicinae Doctor

Anno XXIX numero 1 febbraio 2022

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



RCP Minias

# In questo numero

## ATTUALITÀ

- **Prima pagina**  
#BastaBurocrazia ..... 5
- **Contrappunto**  
Il medico di medicina generale diventa un globe trotter ..... 6
- **Focus on**  
Malgrado tutto, siamo un punto di forza del Ssn ..... 8
- **Professione**  
Cure domiciliari in pazienti Covid positivi: l'unico riferimento è l'evidenza scientifica ..... 10
- **Riflettori**  
La visita a domicilio tra tecnologia e umanità ..... 14
- **Tribuna**  
"Ai medici bisognerebbe dire grazie" ..... 17
- **Indagini**  
Gli effetti del Covid su assistenza e cura delle cronicità ..... 18
- **Note stonate**  
A gennaio il Covid ha fatto quasi 9mila vittime, tutto come se niente fosse ..... 21
- **Documenti**  
La pandemia della disuguaglianza ..... 22

## AGGIORNAMENTI

- **Cardiologia**  
Statement per la gestione dell'arteriopatia periferica ..... 24
- **Diabetologia**  
Standard of care ADA 2022: anticipare lo screening ..... 25
- **Medicina di genere**  
Epatopatie e differenze genere-specifiche ..... 26
- **Medicina interna**  
Cuore, polmoni, reni: il Covid lieve-moderato lascia il segno ..... 27
- **Medicina respiratoria**  
Ridefinita la diagnosi delle riacutizzazioni da BPCO ..... 28
- **Prevenzione**  
Inattività fisica e rischio di morte tra i cancer survivors ..... 29

## CLINICA E TERAPIA

- **Rassegna**  
Miocardite e vaccino anti Covid-19: attualità e prospettive ..... 30
- **Pratica medica**  
Patologia splenica in medicina generale: ruolo dell'ecografia ..... 32
- **Clinica**  
Covid-19: paura del vaccino e fobia ..... 34
- **Case study**  
Ipotensione e malattia di Addison ..... 36
- **Trial**  
Stress ossidativo e vaccino a mRNA ..... 37
- **Ricerche**  
Polmonite da Legionella pneumophila ..... 38
- **Saper fare**  
Acufeni e vertigini: ruolo dell'agopuntura ..... 42
- **Rassegna da Nutrienti e Supplementi** ..... 43

# #BastaBurocrazia

“ Stiamo assistendo ad un aumento indiscriminato del carico burocratico sulla Medicina Territoriale che ha toccato livelli non sostenibili durante tutta la pandemia ed in special modo negli ultimi mesi. Stiamo implodendo, non abbiamo più il tempo per fare i medici, assistendo e curando i nostri pazienti”. Questo è in sintesi quanto dichiarato a *M.D. Medicine Doctor* all'unisono da: **Iacopo Periti** - Medico di Medicina Generale, Empoli, **Giovanni Castaldo** - Medico di Medicina Generale, Prato, **Giulia Cianetti** - Medico di Continuità Assistenziale, Empoli, esponenti del movimento Coccarde Gialle. “Il movimento, a cui abbiamo dato vita in Toscana - chiarisce Periti - nasce da questa esigenza. Si tratta di un movimento trasversale formato da medici di medicina generale e della continuità assistenziale che chiedono una sburocratizzazione della professione attraverso un appropriato utilizzo delle nuove tecnologie e dell'informatica, che ci permetta di avere il tempo di cura, il tempo di aggiornamento e di presa in carico delle necessità mediche dei nostri pazienti. Di recente abbiamo dato vita ad un'iniziativa attraverso l'hashtag *#Lasciatisol* *#Vorremmocurarti* che gli assistiti hanno trovato scritto su una coccarda gialla affissa sulla porta degli studi dei Mmg che aderiscono all'iniziativa. Una denuncia di una situazione critica, determinata da due anni difficili dovuti alla pandemia che hanno reso l'attività lavorativa dei medici delle cure primarie sempre meno al servizio della salute del cittadino e sempre più volta a colmare i vuoti organizzativi del sistema”.

Quanto incide la burocrazia sulla pratica quotidiana? “I compiti 'burocratici' dei Mmg dettati dalla Convenzione e dai vari accordi regionali sono già molti - tiene a sottolineare Castaldo - ed elenca una lunga lista tra cui: applicare correttamente le Note Aifa; prescrivere ausili per varie patologie croniche, anche quelli per la deambulazione, attivare ADI, ADP e ADR ecc.. “Dobbiamo inoltre prescrivere farmaci limitati dai Piani Terapeutici e tenere l'aggiornamento degli stessi per indirizzare in maniera corretta l'assistito per il loro rinnovo; redigere certificazioni per il rientro al lavoro per alcune categorie, per il rientro a scuola, per sospensioni di attività di palestra”.

“Ci tocca anche - continua Castaldo - rinnovare via telematica le certificazioni Inail, redigere le certificazioni Inps eluse dai vari reparti ospedalieri per mancanza di medici abilitati dall'Inps, prescrivere esami secondo un rigido Prontuario fatto di Codici e descrizioni sovrabbondanti e confondenti”. Il lungo elenco contempla le incombenze burocratiche ordinarie, ma la pandemia ha di fatto aumentato questo carico.

“L'emergenza Covid - spiega Castaldo - ci ha sovraccaricato con: prescrizioni di tamponi con ben 4 codici di riferimento a seconda dei casi; gestione delle quarantene; gestione degli isolamenti; gestione delle guarigioni e/o fine isolamento; gestione delle certificazioni Inps in assenza di documenti utili rilasciate dal Dipartimento di Prevenzione. Ci dobbiamo preoccupare del tracciamento e dalla programmazione delle vaccinazioni Covid e non Covid”.

“Lo stesso destino tocca alla continuità assistenziale - dichiara Cianetti - con turni estenuanti e con un bacino di utenza gigantesco a cui da soli non riusciamo a dare l'attenzione di ascolto e di cura che vorremmo, visto che anche per noi del tempo di cura ci viene sottratto dalla burocrazia. La pandemia ha peggiorato ancor di più la situazione di un comparto che già presentava delle fragilità significative. Di fatto sta venendo meno il primo anello della Medicina Territoriale”. E non si può stare fermi a guardare. Tutto questo avviene attraverso gestioni regionali che emanano ordinanze a raffica che spesso si contraddicono e si aggiornano a ritmo frenetico, creando disorientamento sia tra gli operatori sanitari, medici compresi, sia fra gli utenti. Non a caso la richiesta di sburocratizzare la professione a echi nazionali.

“Inoltre non bisogna dimenticare - conclude Cianetti - che tra pensionamenti e cieche programmazioni non si dispone di un numero adeguato di medici per tutto questo”. Occorre poi considerare che i giovani laureati “non sono preparati adeguatamente alla burocrazia che ci sommerge, in quanto non insegnata ne paventata durante la formazione universitaria”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone i commenti di Iacopo Periti, Giovanni Castaldo, Giulia Cianetti

# Il medico di medicina generale diventa un globe trotter

Mentre ancora infuria, disperata, la lotta dei medici di medicina generale per sopravvivere al quotidiano attacco ambulatoriale generato dalla quarta ondata pandemica e si firma un “contrattino 16-18”, le Regioni editano una specie di atto d’indirizzo, confuso, confondente e contraddittorio, che vorrebbe cambiare per sempre il ruolo del medico di famiglia. Il Mmg non rinuncerebbe al suo ambulatorio, ma dovrebbe garantire un costante dislocamento in relazione ad una quota oraria, sia lavorativa sia salariale, tra ambulatorio e Casa della Comunità

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

**C**on il manifestarsi della quarta ondata pandemica, dovuto alla variante Omicron, il carico di lavoro ambulatoriale dei medici di medicina generale (Mmg) è cresciuto a dismisura. Già dall’inizio della pandemia ci siamo ritrovati sepolti da una grande mole di compiti burocratici che non hanno fatto altro che metterci in difficoltà costringendoci a lavorare in un modo che non è funzionale alla gestione di un ambulatorio di Medicina Generale. Tutto diventa molto più difficile durante una pandemia, anche somministrare i vaccini antinfluenzali, per una serie di precauzioni di sicurezza che vanno rispettate.

In questi ultimi giorni, il numero di telefonate è diventato ingestibile, anche perché tutta la filiera di diagnostica si è molto appesantita e molti si rivolgono a noi Mmg per cercare di risolvere problemi che dovrebbero afferire ad altre strutture di competenza e questo va a discapito di quei pazienti cronici che, per ragioni terapeutiche e di controllo vediamo più spesso i quali fanno molta più fatica a rintracciarci. Siamo diventati i segretari del *green pass* (parola che, comunque, non esiste

in inglese) piuttosto che gli erogatori dei livelli territoriali di cura e assistenza. Così, in piena quarta ondata, forse la più folle di tutte, anche se la meno mortale, mentre noi Mmg siamo impegnati a versare il nostro contributo professionale quotidiano caratterizzato sempre più da lacrime e sangue, arrivano dalle Regioni delle linee di indirizzo che intendono fissare dei paletti per un nuovo ruolo/professione dei medici delle cure primarie che bisognerebbe poi cercare di sancire in contratto entro il mese di giugno. Questo infatti è il mese di scadenza per presentare alla Ue quella riforma della Medicina Territoriale declinata nel Pnrr.

## ► Hanno visto un altro film?

Il tutto nasce da un presunto *misunderstanding* sul ruolo che i Mmg hanno avuto nella lotta territoriale alla pandemia che ha portato le Regioni a interpretare come trascurabile l’attività della medicina di primo livello durante l’emergenza pandemica. Da questo errore, volutamente desiderato, per cercare di limitare al massimo l’autonomia del medico di famiglia, è stata montata sui *mass media* una campagna di stam-

pa denigratoria tale da sembrare una inquietante riedizione delle tesi orwelliane e dello strisciante incubo di “Quinto potere”. Abbiamo assistito a un *foller waltz*, un bombardamento a tappeto intenso e rapido, sulla nostra professione.

La verità è che il territorio, autogestendosi, ha arginato la pandemia benché non ci fosse un progetto. Di fatto nessuno sapeva prendersi delle reali responsabilità e, per l’incompetenza della catena di comando, gli ordini non arrivavano in trincea, dove comunque non si è mollato un attimo e non si mollerà mai. Quindi i medici di medicina generale si sono dimostrati indispensabili, ma forse è proprio questo che ha indispettito i commensali del potere. “*Abbiamo deciso di fare delle cose non perché sono facili, ma perché sono difficili*” diceva il presidente Kennedy circa la corsa alla luna; ma qui dovremmo parlare più di ignoranza che di difficoltà. Visto che, invece di abbassare il carico burocratico che soffoca la nostra attività professionale, si prende la strada di una improbabile e confusa riforma che vede al centro dell’ipotesi lavorativa territoriale la Casa di Comunità (CdC), un’evo-

luzione negativamente riciclata della Casa della Salute. Attorno alla CdC graviterebbe tutto un lavoro supplementare richiesto al medico, che non rinuncerebbe al suo ambulatorio, ma che come un *globe trotter* si dovrebbe sempre spostare in costante dislocamento in relazione ad una quota oraria, sia lavorativa sia salariale, tra ambulatorio e casa comune in una sorte di revisionismo territoriale dell'organizzazione *hub and spoke* ospedaliera.

In sostanza il rapporto di lavoro dovrebbe rimanere sempre convenzionato (il condizionale è d'obbligo visto che alcuni presidenti di Regione continuano ad opporsi, preferendo la dipendenza), ma con un impegno orario fissato a 38 ore settimanali di cui 20 ore da svolgere negli studi e 18 ore in attività sanitarie promosse dal distretto nelle Aft di cui almeno 6 nelle Case della Comunità. Poi ci sarebbe una linea scura che comunque vuole una fascia di reperibilità 8-20 che configurerebbe lo spazio delle visite domiciliari e l'assistenza domiciliare ai fragili.

### ► Il territorio militarizzato

Questo medico 'ambulante' in continua migrazione di sede è veramente il paradosso di un *non sense* progettuale, se si può definire un progetto qualcosa che in verità è tutto da costruire e riempire di contenuti professionali. Quindi il carico di lavoro verrebbe ulteriormente aumentato. Permarrebbe il rapporto fiduciario con i pazienti, sebbene la struttura definita ne assorbirebbe parte: quindi il rapporto sarebbe con il medico o con la struttura? Novità anche per la retribuzione: il 70% sarà su base capitaria mentre il 30% sarà legato a determinati obiettivi definiti dal Distretto, dove gli studi sarebbero collegati in rete e saranno incentivate le aggregazioni tra professionisti se-

condo il modello delle Aft. Il distretto sarebbe il centro di *team* multi-professionali e della gestione della rete territoriale, il tutto finanziato mediante le risorse del Pnrr. Il rapporto di lavoro si esplicherebbe attraverso un *ruolo unico*, poco chiaro, dove i medici in formazione in medicina generale, accetterebbero incarichi nelle zone carenti sino ad un massimo di mille assistiti; questa modalità diventerebbe l'attività pratica territoriale inquadrata nella formazione. Si contempla inoltre la supervisione di un *tutor* di Medicina Generale, funzionalmente accorpato con la Casa di Comunità di riferimento. Si fa anche riferimento ad una specifica formazione di alta qualifica dei professionisti, e parliamo sia di dipendenti sia di medici convenzionati, che dovrebbero svolgere la funzione di *capo distretto* e dei coordinatori di tutte le aree sanitarie coinvolte, dipendenti e convenzionati.

Questi sono i capisaldi fondamentali, che però si fa fatica ad evincere da un testo che, accanto a spunti molto evidenti, alterna linee d'ombra e veri e propri controsensi, lasciando dei dubbi (es. orario di reperibilità) in segmenti assistenziali che non possono essere considerati come particolari secondari. Non si parla mai di continuità assistenziale e non si capisce bene se sopravviverà e come. In poche parole: i come, i dove e i quando non appartengono a questo documento rendendolo molto approssimativo.

Se consideriamo, per tutto questo costruito, propedeutico l'accordo siglato per il triennio 16-18 qualcosa non torna. Quanto declinato nell'atto di indirizzo delle Regioni è di fatto in 'disconnessione' con l'accordo chiuso per gli anni 16-18.

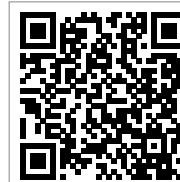
Il Mmg e le strutture territoriali vengono ingabbiati in un ambito territorial-militaresco che ci fa venire in



mente, non sappiamo perché (o forse lo sappiamo benissimo, ma non lo diciamo), la definizione di 'gulag', dove noi medici di famiglia probabilmente saremmo "rieducati" alla Medicina Generale di massa.

Ma forse è davvero venuto il tempo di controllare davvero tutti, allora azzeriamo tutto ciò che ha caratterizzato la nostra professione e la sua forza: finiremo a tagliare le rose come fanno fare i cinesi all'ex imperatore, per rieducarlo nel film "L'ultimo imperatore". È forse questo il destino della Medicina Generale?

Siamo stati tra i primi a parlare, in tempi non sospetti, di come fosse ormai necessaria una riforma, ma non va fatta ora, non durante questo periodo di crisi e confusione in cui bisogna potenziare ciò che esiste e non spingersi in buchi neri organizzativi. *I sic volo* non fanno la storia se non sono discussi, ma imposti. Ma il dubbio di sbagliare non coglie mai i decisori, specialmente quando sono ignoranti di Medicina Generale. "Fatti non fummo a lavorare come bruti, ma per seguir Medicina e Canoscenza" direbbe ora il grande Poeta se fosse un medico?



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF della proposta delle Regioni per un nuovo accordo con i Mmg

# Malgrado tutto, siamo un punto di forza del Ssn

Per il 54,2% degli italiani uno degli elementi di maggiore soddisfazione nei confronti del servizio sanitario è data dalla presenza dei medici di medicina generale. È quanto emerge da un'indagine condotta dal Crea Sanità dell'Università di Tor Vergata.

I risultati della survey sono contenuti nel XVII Rapporto di Crea Sanità, presentato di recente a Roma, che analizza l'impatto che ha avuto la pandemia sul Ssn e, sulle aspettative che suscita il Pnrr, lancia un allarme

La possibilità di avere l'assistenza del medico di medicina generale è per oltre la metà degli italiani (54,2%) uno degli elementi di maggiore soddisfazione nei confronti del servizio sanitario. Il 39% si dice soddisfatto anche per la qualità dei medici. Piace, inoltre, la possibilità di avere la maggior parte dei farmaci in modo pressoché gratuito (20,5%), mentre le liste d'attesa sono la criticità maggiore per il 38,9% degli italiani. È quanto emerge da un'indagine condotta dal Crea Sanità dell'Università di Tor Vergata su un campione di 800 persone, rappresentativo della popolazione italiana di età pari o superiore ai 18 anni. I risultati della *survey* sono contenuti nel XVII Rapporto del Crea Sanità presentato di recente a Roma.

## ► I desiderata dei cittadini

I ricercatori hanno chiesto ai partecipanti di indicare i punti di forza dell'offerta del Ssn, le principali criticità, e di esplicitare per quali miglioramenti dei servizi si sarebbe disposti a pagare, "ritenendo che se si è disposti a pagare, è perché quell'aspetto è considerato prioritario", ha chiarito **Federico Spandonaro**,

presidente del Comitato Scientifico del Crea Sanità. Tra gli elementi di soddisfazione, il 18% ha citato la possibilità di disporre di tecnologie avanzate, il 17,8% la possibilità di poter disporre dell'assistenza ovunque ci si trovi. L'importanza attribuita alla disponibilità di tecnologie avanzate è maggiore nel Nord-Est. Tra le criticità, il 35,6% del campione cita la difficoltà nel riuscire a prendere gli appuntamenti, il 22,7% le attese (inutili) negli studi medici/ambulatori e il 20% il fatto di essere "rimbalzati" tra i vari uffici.

Quanto alla "disponibilità a pagare", quasi la metà del campione sarebbe disposto a farlo pur di avere liste di attesa inferiori, soprattutto nel Nord Est. Nel Sud è maggiore la quota di persone disposte a pagare per avere maggior comfort ospedaliero e/o la possibilità di curarsi più vicino a casa. Nel Centro una quota rilevante di persone dichiara che sarebbe disposta a pagare per avere la possibilità di disporre di cure domiciliari.

## ► Ssn: il XVII Rapporto Crea Sanità lancia un allarme

Il XVII Rapporto Crea Sanità analizza l'impatto che ha avuto la pandemia sul Ssn e le aspettative che su-

scita il Pnrr: "Il Pnrr è davvero strategico per il futuro del Ssn nel senso di una grande opportunità - si legge nel Rapporto - ma anche di una opportunità di elevato rischio: una grande fattore perché è la prima, e forse unica, occasione per rilanciare gli investimenti del Ssn che, per lungo tempo, sono stati "ridotti al lumicino"; ma anche un rischio, perché il buon esito degli investimenti dipende dall'aver elaborato una (corretta) visione sul futuro del Ssn sia in termini degli ammodernamenti/riforme di sistema necessari, sia in termini di obiettivi ultimi degli investimenti". Ma purtroppo: "Poca o nessuna attenzione è stata deputata a raccogliere i 'desiderata' dei cittadini - si legge nel Report - nella pretesa, non scontata, che il Ssn sia proprio in grado di coglierli e rappresentarli: in altri termini, si persegue il cambiamento, adottando una visione o comunque tecnocratica del Ssn".



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF del XVII Rapporto Crea Sanità

## Tra i medici di famiglia e i pazienti c'è un rapporto “speciale”

“I risultati della *survey* promossa dal Crea Sanità dell'Università di Tor Vergata ci riempiono di orgoglio: al primo posto tra i punti di forza del Servizio Sanitario si colloca la possibilità di avere il medico di famiglia; al secondo, la qualità dei medici italiani”. Così il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, **Filippo Anelli**, ha commentato i dati che emergono dal XVII Rapporto del Crea Sanità.

“Si tratta di un risultato atteso, non solo perché ricalca quanto emerge da precedenti sondaggi del Censis, di Euromedia *research*, e di altri Enti e istituti, che indicavano un'altissima fiducia e gradimento degli italiani nei confronti dei medici di famiglia e dei medici in generale - spiega Anelli - ma anche perché fotografa quanto sperimentiamo ogni giorno nei nostri studi. Vale a dire un rapporto unico tra il medico di medicina generale e il suo paziente, un'alleanza terapeutica che si nutre di fiducia e si corrobora con la continuità. Un rapporto che fa bene alla salute e allunga la vita dei cittadini, come dimostra uno studio pubblicato poco tempo fa su *Bmj Open*, diventando parte della cura stessa. Un risultato atteso, dunque, che però fa sempre piacere e che ci sostiene nella nostra attività di tutela della salute. Un risultato da prendere come punto di partenza e di riferimento per costruire il futuro”.

### ► Non cancellare il passato

“La medicina generale è stata messa sotto pressione dalla pan-

demia - ha evidenziato -. Prima perché i medici, sul territorio, si sono trovati a far fronte, da soli, senza i necessari dispositivi di protezione e la strumentazione adeguata, senza personale, a una malattia sconosciuta. Tanto che, dei 366 colleghi morti per il Covid, oltre la metà erano medici di medicina generale. Ora, per gli oltre due milioni e mezzo di pazienti in isolamento domiciliare, che mettono sotto pressione i sistemi territoriali, in mancanza della possibilità, per i medici di medicina generale, di lavorare in équipe multiprofessionali”.

“I sistemi sono sotto pressione, i medici sono sotto pressione: non certo per l'attività clinica, che è il cuore dell'esercizio professionale - aggiunge ancora -. Sono appesantiti da tutto il fardello di adempimenti burocratici, tra cui, in molti casi, il tracciamento dei contatti, la segnalazione dei positivi, l'attivazione e disattivazione dei green pass. E sono sovraccaricati da un sistema di comunicazione che, attraverso le nuove tecnologie, non pone più limiti agli orari, rendendoli raggiungibili a ogni ora del giorno e della notte per fugare un dubbio, placare un'ansia. Senza

diritto alla disconnessione e alla vita privata. Tutto questo è causa di *burnout*, che colpisce sempre più i medici del territorio, oltre che i colleghi ospedalieri”.

“Anche i pazienti, nello stesso sondaggio, indicano tra le criticità del Servizio Sanitario Nazionale la burocrazia: la difficoltà nel prendere gli appuntamenti, le attese inutili, il fatto di essere “rimbalzati” tra i vari uffici - conclude Anelli -. E allora, valorizziamo i punti di forza: salvaguardiamo il diritto del cittadino a scegliere il proprio medico. Preserviamo quel rapporto unico di fiducia che lega il medico al suo paziente, resiste e si consolida con gli anni, e porta a comprendere e inquadrare un sintomo, un malessere senza bisogno di troppe parole o indagini ‘al buio’. Un rapporto che allunga, e spesso salva la vita. Dotiamo i medici di medicina generale di personale infermieristico e multiprofessionale, in modo che possano lavorare in micro team, e amministrativo, per sollevarli da compiti impropri; di strumentazione adeguata. Creiamo insieme il medico del futuro, senza cancellare un passato che funziona e che è motore e forza del Servizio Sanitario”.



# Cure domiciliari in pazienti Covid positivi: l'unico riferimento è l'evidenza scientifica

“Restano tutt’oggi valide le indicazioni fornite con i documenti di raccomandazione prodotti alcuni mesi fa e che vedono l’intervento prescrittivo del medico in base a decisioni di tipo clinico-terapeutiche”. Questo è quanto hanno tenuto a precisare Simg e Simit alla luce della sentenza del TAR del Lazio che aveva annullato il contenuto della circolare del Ministero della Salute in merito alla gestione domiciliare dei pazienti con infezione da Sars-CoV-2, nella parte in cui si prevede una “vigile attesa” e la somministrazione di Fans e paracetamolo. Sentenza che poi è stata sospesa dal Consiglio di Stato

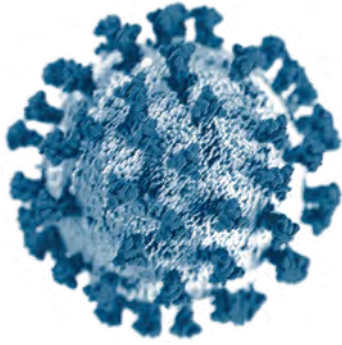
**L'**aumento dei contagi nelle ultime settimane ha posto nuovamente tanti pazienti di fronte alle difficoltà di gestire l'infezione da SARS-CoV-2 a domicilio. I sintomi generalmente lievi che caratterizzano i pazienti vaccinati colpiti dalla variante Omicron hanno moltiplicato il numero dei soggetti a cui prestare attenzione, molti dei quali cercano la gestione migliore per la propria positività. In questo scenario non può essere dimenticato che nella società moderna e civile esistono delle regole che devono essere rispettate. Nel campo della medicina, le regole prescrittive sono dettate dagli enti regolatori (in Italia, Aifa) e si basano sulla verifica di evidenze scientifiche derivanti a loro volta dalla valutazione e confronto ripetuto dei risultati di studi clinici controllati. Ne conseguono raccomandazioni ed indicazioni diffuse dalle linee-guida. La Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie - Simg e la Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali - Simit sono così intervenute per proporre le più attuali indicazioni terapeutiche nei diversi casi.

## ► Le indicazioni

Simg e Simit affermano che l'appropriatezza prescrittiva non si limita solo all'utilizzo di un farmaco in conformità con le indicazioni registrate, ma anche al dosaggio ed ai tempi di somministrazione, considerando non per ultimi gli aspetti amministrativi e normativi. È sempre utile ricordare che l'improvvisazione e l'utilizzo inappropriato di un farmaco può in taluni casi comportare il rischio di eventi avversi anche gravi ed esporre ad effetti collaterali importanti. Per cui al medico corre l'obbligo etico e deontologico di prescrivere farmaci off-label (al di fuori delle indicazioni registrate e del contesto clinico specifico) solo nell'ambito di studi clinici controllati e dietro firma di consenso informato da parte del ricevente. In campo Covid-19 restano tutt'oggi valide le indicazioni fornite con i documenti di raccomandazione prodotti alcuni mesi fa e che vedono l'intervento prescrittivo del medico in base a decisioni di tipo clinico-terapeutiche. In particolare, l'astensione terapeutica ed il monitoraggio del caso sono raccomandati di fronte ad un paziente completa-

mente privo di sintomi, mentre l'utilizzo di farmaci sintomatici (antipiretici, antinfiammatori, anti-tussigeni, decongestionanti nasali) è da valutare nei soggetti paucisintomatici non a rischio di evoluzione. Quest'ultimo aspetto deve essere preso in considerazione in tutti i pazienti già alla comparsa dei primi sintomi, anche lievi, e deve essere attentamente valutato, oltre che con semplici strumenti - saturimetro - e scale - MEWS -, soprattutto con l'applicazione di indici affidabili presenti nei software della medicina generale - HS-CoVI (Vulnerability Index)d - che tengono conto della presenza di una serie di fattori influenti negativamente sull'evoluzione della malattia. A questo calcolo deve essere aggiunto lo stato vaccinale del malato (dosi, tipo di vaccino, distanza temporale dall'ultima somministrazione). In definitiva, in presenza di rischio elevato in un malato fragile/vulnerabile, il medico curante è tenuto oggi ad avviare quanto prima i contatti con i centri specialistici di riferimento per la prescrizione/somministrazione di anticorpi monoclonali specifici e/o di antivirali ad azione diretta anti-SARS-CoV-2.





### ► I rimedi terapeutici

Questi rimedi terapeutici rappresentano ad oggi le sole cure specifiche domiciliari per i pazienti con Covid-19 di grado lieve-moderato. Il medico che non si adegua a queste linee-guida commette un grave atto di negligenza e può essere incolpato. D'altro canto, è proprio questo aspetto che viene sancito dalla legge Gelli-Bianco (L. 24/2017) 'Dispo-

sizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie' che sottolinea la sicurezza delle cure quale essenza basilare del diritto alla salute del cittadino e prevede al contempo l'obbligo agli esercenti le professioni sanitarie di seguire le raccomandazioni indicate dalle linee-guida o, in assenza di queste, di attenersi alle buone pratiche clinico-assistenziali. In linea con la suddetta legge, Simg e Simit ribadiscono l'obbligazione per il professionista di fare riferimento esclusivamente alle migliori e più aggiornate evidenze scientifiche disponibili.

### ► L'indipendenza professionale

Quindi, in conclusione, la sospensione prodotta di recente dal TAR Lazio (n.419 del 15 gennaio 2022) nei confronti della circolare ministeriale sulle cure domiciliari dello scorso 26 aprile 2021, non disporrebbe alcuna deroga al principio introdotto dalla Legge 24, che rimane il riferimento principe per la responsabilità del professionista senza contraddire l'indipendenza decisionale del professionista su come meglio curare il malato, basandosi sulla corretta interpretazione del caso e, conseguentemente, del suo trattamento più idoneo.

## La sentenza del Tar Lazio e la sospensione del Consiglio di Stato

Una puntualizzazione quella di Simg e Simit dovuta soprattutto al clamore che ha suscitato la sentenza del Tribunale Amministrativo del Lazio (TAR Lazio Roma, sez. III, 15 gennaio 2022, n. 419) contro la Circolare del Ministero della Salute sulla "Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2" aggiornata al 26 aprile 2021, nella parte in cui, nei primi giorni di malattia, prevede unicamente la cosiddetta "vigile attesa" e somministrazione di farmaci anti infiammatori e paracetamolo. Il TAR di fatto ha accolto il ricorso presentato da alcuni medici di medicina generale, specialisti del Comitato 'Cura Domiciliare Covid-19' attraverso cui venivano contestate le linee guida promulgate da Aifa e mutate con la circolare del Ministero della Salute.

Nella sentenza si sottolinea che: "è onere imprescindibile di ogni sanitario di agire secondo scienza e coscienza, assumendosi la re-

sponsabilità circa l'esito della terapia prescritta quale conseguenza della professionalità e del titolo specialistico acquisito".

Secondo i giudici del TAR, la circolare ministeriale: "(...) imponendo, anzi impedendo l'utilizzo di terapie da questi ultimi eventualmente ritenute idonee ed efficaci al contrasto con la malattia Covid-19 come avviene per ogni attività terapeutica", di fatto è "in contrasto con l'attività professionale, così come demandata al medico nei termini indicata dalla scienza e dalla deontologia professionale". Perché, ricorda il TAR: "è onere imprescindibile di ogni sanitario di agire secondo scienza e coscienza".

### ► L'intervento del Consiglio di Stato

Il Consiglio di Stato, in linea con una decisione precedente in materia, ha sospeso con decreto

monocratico del presidente **Franco Frattini**, la sentenza del TAR Lazio.

Secondo il parere del Consiglio di Stato, il documento ministeriale "contiene, spesso con testuali affermazioni, 'raccomandazioni' e non 'prescrizioni' cioè indica comportamenti che secondo la vasta letteratura scientifica sembrano rappresentare le migliori pratiche, pur con l'ammissione della continua evoluzione in atto".

Di conseguenza: "non emerge alcun vincolo circa l'esercizio del diritto-dovere del medico di scegliere in scienza e coscienza la terapia migliore, laddove i dati contenuti nella circolare sono semmai parametri di riferimento circa le esperienze in atto nei metodi terapeutici a livello anche internazionale". Quanto scritto nella circolare del ministero è perciò un insieme di consigli rivolti al personale sanitario, senza obblighi.

## La visita a domicilio tra tecnologia e umanità

“La visita a domicilio è una componente essenziale e qualificante delle attività del medico di famiglia... è una occasione di eccezionale interesse perché la relazione umana che il medico vive con il paziente, gode delle condizioni migliori per un ascolto efficace e per la tutela della privacy” (Aldo Pagni)

a cura di **Mario Baruchello**

Medico di medicina generale e Senior editor Rivista QQ

**N**ella *home care*, la qualità e la buona riuscita non sono determinate dal solo atto medico. Il *setting* domiciliare non è standardizzato o stabile come l'ospedale, le figure sono numerose, la integrazione critica, i *background* e le professionalità coinvolte diverse, famiglia e comunità sono variabili determinanti. Le relazioni fra questi elementi sono in continua modificazione e ognuna delle variabili può far fallire da sola il processo assistenziale. (L. Mignoli, *M.D.* Ottobre 2002).

La pandemia di Covid-19 in cui sia-

mo immersi ha mostrato tutti i limiti di un'assistenza territoriale estremamente diversa da Regione a Regione. Dapprima le ragioni della sicurezza lavorativa per i medici hanno portato a considerare i medici come eroi da parte del pubblico: i numerosi morti tra i colleghi ne sono la testimonianza e fonti ufficiali del Senato parlano di oltre 4.800.000 contagiati curati a casa nella prima ondata di infezioni, ma successivamente l'opinione prevalente subentrata è quella che il medico sia introvabile anche al telefono, non effettui visite in stu-

dio che con grande difficoltà e vada raramente a domicilio. A ciò si aggiunga che un enorme numero di denunce penali ha coinvolto i medici per le morti/Covid - 19 dei pazienti (oltre 130.000 in Italia) e in alcune Regioni (es. Campania) i medici sono stati accusati di iper-prescrizione nelle cure domiciliari per le ricette relative a eparine, IPP, Ossigeno terapeutico, vitamina D, antibiotici, cortisone nel periodo del picco pandemico (Gennaio-Giugno).

Il clima era tale che la frammentarietà e l'implementazione sul territorio delle decisioni di Governo e Autorità sanitarie avevano ridotto i medici di medicina generale a lavorare ognuno per proprio conto, senza nessuna linea guida né tanto meno *feed-back* o elementi di ricerca/ audit clinico che contribuissero a una ricognizione epidemiologica dei veri bisogni. Isolati anche se autorevoli i tentativi di piccoli gruppi di studio nel produrre già ad Aprile 2020: “Appunti rapidi di diagnosi e terapia empirica per medici di medicina generale” (<https://www.cgems.it/Cgems-News-Dettaglio.asp?News=260&Titolo=>).



### ► Lo stato dell'arte

Qual è la vera situazione oggi della visita domiciliare? Non possiamo che basarci su dati qualitativi e report individuali, perché la gran parte dei medici non registra l'accesso domiciliare come motivo di contatto, perché istituti di ricerca non indagano questa modalità assistenziale e perché i dati provenienti dalle Regioni riguardo alle varie ADI non riescono a fotografare il fenomeno in tutta la sua rilevanza, orientati come sono al dato amministrativo. (F. Del Zotti - *Rivista QQ* 2011).

Le cure a casa sono una vera tecnologia sanitaria che è prerogativa peculiare oggi del medico di famiglia (*tabella 1*).

L'assistenza sanitaria oggi, con la transizione epidemiologica che ha cambiato la demografia portando le percentuali di anziani sopra il 20% della popolazione, è sempre più socio-sanitaria, e la qualità unita a corretti esiti in termini di salute non sono più determinate dal solo atto medico. La conferma al riguardo può fare riferimento a quanto riporta F. Petrazzuoli (*Rivista QQ* / dic.2021) in merito al *Social Prescribing* nel NHS come offerta strutturata di servizi e forze lavoro progettate per supportare la *Primary Care* proprio a domicilio.

Alcune Regioni italiane hanno sviluppato forme di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) che possono partire da una Dimissione Protetta di un paziente critico non ancora stabilizzato ed arrivare a vere forme di Ospedalizzazione domiciliare con uso di tecnologie anche sofisticate.

Nell'ADI poi il Mmg può esprimere la sua competenza anche affrontando patologie impegnative

TABELLA 1

### Elementi caratterizzanti delle cure a domicilio

- Continuità assistenziale
- Analisi multidimensionale dei bisogni
- Lavoro per processi e per obiettivi non per compiti
- Semplificazione e scelte di priorità delle risposte organizzative
- *Empowerment* di pazienti e caregiver: efficace in termini di salute e qualità della vita
- Rispetto dei contenuti etici
- Valorizzazione delle componenti relazionali
- Responsabilizzazione elevata e autonomia degli attori
- Feedback continuo (valutazione outcomes in termini di salute e soddisfazione degli utilizzatori ma anche degli stakeholders)
- In tutte le forme previste nel territorio di ADI-ADP: *team work*
- Modello di intervento biopsicosociale

che non sono solo patrimonio degli specialisti: es. la gestione integrata del malato di K a casa. Le scelte qui sono condivise con tutti gli attori, con integrazioni degli interventi fra professioni e livelli operativi diversi (assistente sociale, OSS, nutrizionista, infermiera, medici specialisti, volontari...). In tale contesto ha forte senso la tecnologia a casa con condivisione dei ruoli: la cura della persona si declina infatti in due direzioni da un lato il miglioramento della condizione fisica e ove possibile il superamento delle patologie, dall'altro la dimensione di relazione che si esprime nel prendersi cura di chi soffre. In una simile prospettiva le soluzioni tecnologiche, sempre più sofisticate e robotizzate fino all'intervento dell'intelligenza artificiale, vanno applicate domandandosi anche quali siano le implicazioni sociali, etiche e giuridiche di queste applicazioni ed il tema della persona e della sua centralità va posto nel rischio potenziale di isolamento del malato e nei casi

più gravi della deumanizzazione delle cure. (Andrea Bertolini, Consensus Conference EURA, SIM-FeR, SIRN- 2021).

Quello che ci dovrebbe far riflettere, anche come occasione di nuove competenze, ricerche, audit clinico, è l'organizzazione della continuità assistenziale, delle emergenze, l'attenzione ai *Caregivers*, (sino alla morte a casa, rispetto agli anonimi decessi in ospedale), la gestione del lutto.

### ► Fiducia: il valore di una relazione

I Mmg sono medici di fiducia del singolo individuo, ed i principali responsabili dell'erogazione di cure integrate e continuative. Quando negoziano piani di gestione con i pazienti integrano i fattori fisici, psicologici, sociali, culturali ed esistenziali, servendosi della conoscenza e della fiducia maturata nel corso di contatti ripetuti. La forte relazione basata su di un esclusivo processo di consultazione e sulla fiducia, l'approccio centrato sulla

persona, sono il punto di partenza per un processo educativo continuo orientato all'*empowerment* del paziente. Ogni contatto tra il paziente e il suo medico di famiglia contribuisce alla costruzione di una storia che si evolve e ogni singola consultazione può rifarsi a quella precedente esperienza condivisa. Il valore di questa relazione personale è determinato dalla capacità di una comunicazione professionale del medico di famiglia ed è di per sé stessa terapeutica. Tutto questo necessita di formazione tutoriale specifica.

Al riguardo non trascuriamo la esperienza del NHS con i QOF in UK. Il *Quality and Outcomes Framework* (QOF) è un programma di incentivi e premi annuali volontari per tutte le pratiche di GP in Inghilterra, che dettaglia i risultati della pratica quotidiana. Non si tratta di gestione delle prestazioni, ma di risorse e buone pratiche, anche per l'*home care*, ove i medici hanno potuto sviluppare progetti di partnership per obiettivi anche con iniziative importanti di medicina di iniziativa verso la popolazione anziana. (<https://qof.digital.nhs.uk/>)

In Italia l'alternativa nel campo dei non autosufficienti non può essere fra badanti (irregolari, non preparate, non controllate) e case di riposo: bisogna offrire la possibilità di restare a casa propria con una adeguata assistenza domiciliare, migliorando i contesti abitativi e facendosi carico di chi non ha mezzi ma ha diritto di non perdere i legami con i propri affetti e con la comunità.

*"Contrasta questo con il calore, il disordine, gli odori, le immagini, i sogni, la famiglia e la speranza che riempiono una casa e quindi una visita a domicilio, e il risultato è un diverso tipo di interazione medico-*

*paziente"*. (Un caso di pratica medica Racconto di Anton Cechov pubblicato per la prima volta nel dicembre 1898).

#### • Dubito che la visita a domicilio tornerà presto

Si investe troppo nell'efficienza della clinica e in una medicina sofisticata praticata attorno ad apparecchiature ad alta tecnologia. Tuttavia, mi sforzerò di ricordare che ogni paziente viene da un luogo speciale, la sua casa, e ognuno è speciale in quel luogo. (<https://www.kevinmd.com/blog/2013/05/reason-house-call-dead.html>).

Pure in Austria, Svizzera, Svezia e Australia la visita a domicilio presenta numeri in diminuzione negli ultimi due decenni anche se usufruisce di una strutturazione organizzativa efficiente e complessa. Fondamentale è la presenza di Dipartimenti di Medicina Generale nelle Università che concorrono a promuovere progetti nazionali; basati sovente sulle medicine di gruppo possono offrire una alta densità di cura generalista spingendosi ad espandere l'area delle Cure intermedie: il valore per il paziente viene monitorato con indicatori appropriatezza sulla qualità della vita, indicatori clinici, economici e organizzativi, di utilità (la scelta del paziente, del familiare, del cittadino), di qualità percepita (*customer satisfaction*). (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17010213/>); (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32349757/>).

#### • La visita domiciliare è in profonda crisi?

Forse parte della ragione della perdita di questa relazione intima è che la vicinanza, l'apertura e l'interazione onesta che derivano dall'incontro con un paziente a casa loro

sono diventate troppo personali, troppo intime, troppo oneste per il medico moderno; il *setting* domiciliare struttura il rapporto medico/paziente con la modalità ospite/ospitante che va perdendosi. Ma i pazienti vogliono anche poter esprimere al loro medico le proprie aspettative e le proprie paure. Vogliono che il curante tenga conto delle loro convinzioni in materia di salute, malattia e cura della malattia. I pazienti chiedono di essere aiutati nel loro processo di accettazione della sofferenza. Desiderano acquisire la capacità di gestire la malattia nel quotidiano. Essi sperano alla fine di diventare autonomi collaborando con il medico.

#### • Medici e paziente sono cambiati?

Troppi personaggi vogliono occuparsi di ristrutturare oggi la medicina generale: fra tesi apodittiche di esperti soloni, case di comunità, progetti di dipendenza, libri azzurri, proposte di Istituti di ricerca, l'unico a non aver voce è il vero medico di famiglia.

*"Nel nostro attuale sistema sanitario, bussare alle porte e parlare con i pazienti può essere l'approccio più innovativo di tutti"*. (<https://www.kevinmd.com/blog/2021/01/is-there-hope-for-covid-with-home-visits.html>)

Ma alla fine a casa del paziente bisogna andare perché è il malato che lo desidera e né ha spesso una vera necessità. Ecco che allora "Il piano di assistenza domiciliare deve essere esplicito, ove possibile flessibile e i ruoli intercambiabili, negoziato fra vincoli e opportunità con tutti i componenti della rete e deve coinvolgere il malato o il suo caregiver in modo attivo" (Parisi: *Il malato di Cancro in medicina generale*, Utet, 1999).

# “Ai medici bisognerebbe dire grazie”

*Non ci sta il presidente della FNOMCeO, Filippo Anelli, a sentire etichettati come “fannulloni” una parte dei suoi iscritti: i circa 42mila medici di famiglia. “In questo momento - ha dichiarato - tutti dovrebbero dire grazie ai medici per il lavoro che fanno. Tanti sono morti per compiere fino in fondo il loro lavoro”*

**N**on ci sta il presidente della FNOMCeO, **Filippo Anelli**, a sentire etichettati come “fannulloni” una parte dei suoi iscritti: i circa 42mila medici di famiglia. Ad asserirlo, la trasmissione “Controcorrente” che, in una puntata andata in onda su Rete4, ha così titolato un servizio: “L’esercito dei fannulloni: ora tocca ai medici di base”.

“Certo, è strano: credo che, in questo momento, tutti dovrebbero dire grazie ai medici per il lavoro che fanno - constata Anelli -. Veniamo da due anni di pressione notevole, con difficoltà, da parte dei medici, a gestire anche gli affetti privati, a ritagliarsi il tempo da dedicare ai propri figli, alla propria famiglia. Alla pressione della pandemia si è sommato il contributo dato alla campagna di vaccinazione, che è stato determinante soprattutto per le terze dosi. E non dimentichiamo tutta la mole di lavoro per seguire i cronici, quella che è la loro missione peculiare, per cui sono chiamati”.

“Io credo che in questo momento ci sarebbe bisogno di sostenere la Medicina Generale, di dare una mano ai medici di famiglia - continua - piuttosto che di trasmissioni che raccolgono, è vero, difficoltà da parte dei cittadini, ma in una fase particolare, in cui l’apice della pandemia ha fatto registrare un numero straordinariamente alto di contagiati”.

## ► C’è chi ha pagato con la vita

“Io credo che ai medici vada detto ancora una volta grazie; che vadano incoraggiati, vadano soste-

nuti - ribadisce Anelli - non fosse altro che per rispetto di tutte quelle persone che si sono dedicate agli altri. Hanno affrontato la pandemia a mani nude, tanti sono morti per compiere fino in fondo il loro lavoro”.

“Credo che i medici vadano ringraziati per questo - prosegue -. E vadano sostenuti per questa grande capacità che hanno avuto di ‘metterci una pezza’. Di sopperire a un sistema, quello delle cure territoriali, che tutti hanno ritenuto un’organizzazione inefficace rispetto alle problematiche del Covid. Ci sarebbero voluti personale, infermieri, collaboratori di studio, un’organizzazione diversa”.

“Ecco: tutto questo non c’era, non c’è - conclude il presidente FNOMCeO -. Eppure, i medici di famiglia sono lì, ogni giorno, a fare da supporto a tutti, a garantire le terapie. A tenere in piedi un Servizio Sanitario Nazionale che, senza di loro, non avrebbe la stessa efficacia. Credo che i medici vadano sostenuti ancora una volta per questo lavoro che fanno in maniera indefessa. E i risultati sono straordinariamente evidenti, sotto gli occhi di tutti. Perché il lavoro che fanno è un lavoro che dà risposte alla stragrande maggioranza dei cittadini, se il 54,2% degli italiani, nel momento in cui devono scegliere qual è la cosa migliore, che vorrebbero mantenere, del Servizio Sanitario Nazionale, scelgono il medico di famiglia. Tutti quanti dobbiamo avere un senso di responsabilità in una fase così difficile e provare a migliorare i sistemi, anziché denigrarli”.

# Gli effetti del Covid su assistenza e cura delle cronicità

Secondo il XIX Rapporto di Cittadinanzattiva sulle politiche della cronicità, presentato di recente, con la pandemia crescono le liste di attesa. Un paziente su cinque rinuncia alle cure per motivi economici. E i caregiver chiedono più riconoscimenti e tutele. Inoltre, a peggiorare la situazione è la presenza di importanti differenze sul territorio nazionale e regionale in merito alla gestione e presa in carico dei pazienti con cronicità o affetti da malattie rare

**U**n paziente su due dichiara che con la pandemia sono aumentate le criticità nell'accesso alla diagnosi e cura per la propria patologia. A subire rinvii e ritardi sono ancora le visite specialistiche e diagnostiche, in aumento le difficoltà ad attivare l'assistenza domiciliare integrata e a farsi riconoscere l'invalidità o *handicap*. Va meglio sul fronte della prevenzione, grazie al recupero di alcuni ritardi negli *screening* programmati e nelle vaccinazioni ordinarie. Dalla pandemia inoltre un impulso positivo alla telemedicina.

Costi privati in aumento per un paziente su due e uno su cinque è stato costretto a rinunciare alle cure perché motivi economici.

Insieme alle difficoltà e richieste dei cittadini affetti da una patologia cronica e rara, ci sono quelle dei *caregiver* familiari - oltre sette milioni nel nostro Paese - che chiedono meno burocrazia e più tutele a livello lavorativo e, i più giovani, nel percorso di studi.

La fotografia emerge dal XIX Rapporto sulle politiche della cronicità, dal titolo "La cura che (ancora) non c'è", presentato di recente da Cittadinanzattiva e realizzato con il coinvolgimento di 64 associazioni di pazienti con patologia cronica e rara

aderenti al CnAMC (Coordinamento nazionale Associazioni Malati cronici) e di circa 3000 pazienti. Il Rapporto è realizzato con il sostegno non condizionato di MSD e di Chiesi.

Circa tre associazioni su quattro denunciano la presenza di importanti differenze sul territorio nazionale e regionali sulla gestione e presa in carico dei pazienti: ad esempio, solo poco più di una su due (52,3%) afferma che sono presenti ovunque i registri di patologia (archivi informatizzati con i dati dei pazienti) e i cosiddetti PDTA (Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali).

Quasi un cittadino su due (48,8%) ha avuto difficoltà nell'ottenere il riconoscimento dell'invalidità e *handicap*, principalmente perché i medici della commissione sottovalutano la patologia perché non la conoscono, e per i tempi eccessivamente lunghi per la visita di accertamento. Il 62% afferma le criticità sono aumentate con la pandemia.

Più di uno su tre (34,3%) ha incontrato difficoltà per l'assistenza domiciliare integrata, e ben il 71% dichiara che la situazione è peggiorata rispetto al periodo pre-covid: in particolare mancano figure specializzate, oppure si fa fatica ad attivarla o viene sospesa da un momento all'altro.

Più di un paziente su cinque (22,7%)

segnala criticità nell'assistenza protesica e integrativa, criticità aumentate rispetto al passato nel 70,8% dei casi. In particolare sono troppo lunghi i tempi di autorizzazione e rinnovo per avere presidi, protesi ed ausili, gli stessi non sono compresi nel nomenclatore tariffario o non sono adatti alle esigenze personali.

## ► Che fare?

"Le risorse che stanno arrivando con il Pnrr sono preziose, ma vanno accompagnate con misure che ne consentano solidità strutturale anche dopo il 2025, a cominciare da un adeguato potenziamento del personale sanitario, e con la realizzazione di quelli che da tempo sono strumenti prioritari ma ancora non attuati appieno per rispondere alle esigenze dei malati cronici e rari", ha dichiarato **Anna Lisa Mandorino**, segretaria generale di Cittadinanzattiva.

"Si tratta innanzitutto di dare ovunque ed uniforme attuazione, tanto al livello regionale, quanto a quello aziendale, ai PDTA e al Piano nazionale delle cronicità e monitorare il raggiungimento degli obiettivi previsti; di finanziare e monitorare il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) su tutto il territorio, al fine di ridurre le

diseguaglianze tra Regioni ed assicurare a tutti i cittadini pari diritti. Tutto questo è importante che sia fatto attraverso un confronto costante con i cittadini e le associazioni di tutela dei diritti dei pazienti che, in questo anno e mezzo di pandemia, hanno mostrato di essere un fondamentale tassello del *welfare* del nostro Paese”.

### ► Fra servizi attivati e liste di attesa

Se da un lato la pandemia ha avuto un impatto positivo sui servizi e programmi di telemedicina che, a detta dell'oltre il 58% delle associazioni, sono stati incrementati, e sul rafforzamento del ruolo delle stesse associazioni che hanno attivato o ampliato gli spazi e gli strumenti di informazione, tutela e *advocacy* per i propri pazienti, dall'altro lato ha acuito problemi già evidenti anche prima dell'emergenza.

Un paziente su due, 52,4%, ritiene aumentate le criticità, il 41,4% invariate e il 6,2% leggermente peggiorate.

Il 40,5% dei cittadini dichiara che è più difficile effettuare una visita specialistica a causa degli ambulatori chiusi o delle liste di attesa (lo scorso anno la percentuale delle segnalazioni era del 35,3%). Stessa situazione ci viene segnalato per quanto riguarda le prestazioni diagnostiche e ricoveri sempre a causa della lista di attesa si passa dal 36,5% al 39,9% e ancora anche per le prestazioni diagnostiche in generale. Negative ma stabili le segnalazioni di ritardi negli interventi chirurgici, lo segnala ancora un cittadino su tre. I pazienti lamentano anche una minor attenzione al dolore collegato alla propria patologia: lo denuncia il 34,5% rispetto al 26,4% dello scorso anno.

Sembra riprendere il suo corso la

prevenzione, visto che diminuiscono le segnalazioni di interruzione degli *screening* programmati (dal 38% del 2020 al 32% di quest'anno), e riprendono le vaccinazioni per i minori (si abbassa al 16,5% la quota di chi lamenta ritardi o interruzioni, vs al 34% circa dell'anno scorso) e quelle per adulti (dal 29,7% al 19%). Meno difficoltà anche per ottenere protesi, ausili e dispositivi medici (le segnalazioni calano dal 32,5% al 21%).

### • Costi privati

I pazienti sostengono abitualmente di tasca propria costi privati necessari alla gestione della patologia. Il 45% circa per l'acquisto di parafarmaci ed integratori non rimborsati, oltre il 40% per effettuare visite specialistiche in regime privato o intramurario, il 36% per la prevenzione terziaria (diete, attività fisica, dispositivi), il 33% circa per effettuare esami diagnostici a pagamento.

Uno su due afferma che i costi sono aumentati rispetto al periodo pre-pandemia e uno su cinque è stato costretto a rinunciare ad alcune cure perché non poteva sostenerne i costi. Si arriva a spendere fino a 60.000 euro per l'adattamento dell'abitazione o la retta in RSA, 25.000 euro per pagare una badante e 7.000 euro per protesi e ausili non rimborsati dal Ssn, solo per citare alcuni esempi.

### • Caregiver

Più di un paziente cronico su due (53,2%) afferma che c'è almeno una persona a prendersi cura di lui, nella stragrande maggioranza (98%) si tratta di un familiare. Sono i cosiddetti *caregiver*: dimenticati dalle istituzioni, assistono i familiari anche per 20 ore a settimana. Vorrebbero occuparsi meno di

burocrazia, essere a fianco della persona più da un punto di vista emotivo e avere maggiore spazio per sé stessi.

Il 47,6% ha fra i 51 e i 65 anni, il 27% 36-50 anni, il 18,7% 66-80 anni, il 4,6% tra i 25-35 anni. Inoltre il 76,8% dei rispondenti è donna. Oltre il 28% dichiara di dedicare alla cura ed assistenza del familiare più di 20 ore a settimana, e circa il 30% è *caregiver* da 5-10 anni, un 20% addirittura da più di 20 anni.

La cura della sfera emotiva riguarda più della metà degli intervistati, il 54%, il 41,6% parla di aspetti burocratici, amministrativi e finanziari, il 39,1% di gestione dell'igiene e cura quotidiana, il 25,2% di assistenza infermieristica.

Il 69,7% sostiene che essere *caregiver* influenzi la vita familiare significativamente, dal punto di vista emotivo e pratico, perché provoca stress e stanchezza e si ha poco tempo libero per sé e per gli altri familiari.

Quasi l'80% vorrebbe che gli venissero riconosciute agevolazioni e permessi ulteriori rispetto alla legge 104 e ulteriori contributi, rispetto ai tre anni previsti. Il 43% gradirebbe avere la certificazione di competenze acquisite sul campo e spendibili sul mercato del lavoro (tipo ECM, attestati tipo OSS, iscrizione ad albi o registri specifici). Uno su tre chiede di avere agevolazioni e linee guida uniformi fra gli Atenei per poter effettivamente proseguire gli studi universitari (il 4,6% dei rispondenti alla nostra indagine ha tra i 25 e i 35 anni).



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF XIX Rapporto di Cittadinanzattiva sulle politiche della cronicità

## Medici di famiglia, pandemia e gestione delle cronicità

La pandemia da SARS-CoV-2 ha stravolto il panorama assistenziale sanitario, ma le malattie croniche non si sono messe "in pausa" anzi hanno continuato a produrre gli effetti che sono nella loro natura ed evoluzione. Ma in che termini è cambiata la loro gestione da parte del medico di medicina generale? Per rispondere a questa domanda, la Scuola Veneta di Medicina Generale (SVEMG) ha condotto - grazie al contributo non condizionato di EG Gruppo STADA - una ricerca su un gruppo rappresentativo di medici di famiglia di 6 province venete, appartenente al *network* MilleinRete, per analizzare le prestazioni fornite ai soggetti affetti dalle principali malattie croniche prima e durante l'emergenza sanitaria. Parallelamente, è stata svolta una *survey* su un campione di 200 Mmg per indagare le loro percezioni in riferimento al cambiamento assistenziale relativo alla presa in carico dei pazienti con cronicità e multimorbilità.

### ► Ricerca network MilleinRete

Per quanto riguarda la ricerca condotta sul dataset MilleinRete, sono state prese in considerazione le condizioni croniche che impegnano maggiormente l'assistenza territoriale delle cure primarie, ovvero: asma, Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), cardiopatia ischemica cronica, scompenso cardiaco cronico, depressione, diabete, dislipidemie, ipertensione arteriosa e neoplasie. Ciascuna patologia è stata esaminata confrontando l'impatto delle prescrizioni erogate durante il periodo epidemico (2020) e non (2019); inoltre, sono stati studiati - in due distinte analisi - sia i pazienti con diagnosi già nota dall'inizio del 2019 (diagnosi *lifetime*) sia i nuovi casi di malattia inter-

cettati nel 2019 e nel 2020.

Dall'analisi dei pazienti con diagnosi lifetime emerge come nel corso del 2020 - rispetto all'anno precedente - ci sia stata una riduzione globale degli indicatori presi in esame - in particolare il numero di contatti con il medico curante, le visite ambulatoriali e specialistiche, i ricoveri e gli accessi al Pronto Soccorso - ad eccezione del numero di telefonate al Mmg aumentate in maniera considerevole. Anche il consumo di farmaci è diminuito in tutte le condizioni croniche, ad esclusione della depressione dove rimane invariato. Infine, le visite a domicilio hanno registrato statisticamente una significativa flessione per i soggetti affetti da diabete, dislipidemia, BPCO, asma e neoplasia, mentre non risultano calate nelle altre categorie di pazienti.

Diverso lo scenario che emerge dall'analisi dei nuovi casi diagnosticati nel 2020 in confronto con le nuove diagnosi intercettate nel 2019. In linea generale, ad eccezione delle visite ambulatoriali, gli indicatori correlati alla presa in carico non sono sostanzialmente cambiati, in particolare il numero di contatti con il medico di famiglia, delle visite specialistiche e a domicilio e dei ricoveri. Degno di nota il risultato legato ai pazienti con malattia oncologica, per i quali non si registra nessuna flessione assistenziale. Come per l'esame delle diagnosi lifetime, anche in questo setting di analisi si evidenzia un aumento statisticamente importante del numero di telefonate.

### ► Survey

Uno dei risultati più interessanti emersi dalla *survey* condotta su 200 Mmg è la nuova modalità comunicativa che si è venuta a creare tra paziente e medico curante a causa dell'emergenza sanitaria in merito alla ge-

stione della cronicità. Per 4 medici su 10 l'utilizzo di mezzi "alternativi" di comunicazione - in *primis* il telefono, insieme a e-mail, sms e WhatsApp - è aumentato in maniera "consistente" o addirittura "esagerata", tanto da richiedere una sua maggiore regolamentazione, anche in termini di responsabilità medico-legali, sconosciute da oltre il 60% del campione. Di segnale opposto, invece, l'impatto sulla gestione del paziente cronico del video consulto, mai impiegato dal 58% degli intervistati.

Un altro aspetto importante analizzato dalla *survey* è il tempo che quotidianamente il medico dedica alla gestione del paziente cronico. Rispetto al 2019, in cui la percentuale era tra il 70 e l'80%, nel 2020, a seguito della pandemia da SARS-CoV-2, la media del tempo dedicato scende al 49,60%: indice di come la "sensazione soggettiva" del professionista sanitario sia quella di essere stato occupato da altre priorità assistenziali e nuovi aspetti organizzativi causati dall'emergenza sanitaria. Tra le patologie croniche più impegnative in termini di tempi di gestione, al primo posto il diabete (78,26%), seguito dallo scompenso cardiaco (16,30%) e dalla cardiopatia ischemica cronica (4,35%).

Interessante, infine, la differenza tra quanto riferito dai pazienti e riportato dai medici di medicina generale in merito alla loro percezione sul possibile peggioramento dello stato di salute dei soggetti cronici durante il periodo epidemico. Mentre oltre il 50% degli assistiti riferisce di essere stato trascurato in maniera marginale dal sistema di assistenza territoriale, i Mmg hanno percepito aggravamenti delle condizioni di salute dei loro pazienti, con una prevalenza che varia dal 26,09% per i soggetti affetti da insufficienza renale cronica al 78,26% di coloro che presentano disturbi di salute mentale.



# A gennaio il Covid ha fatto quasi 9mila vittime, tutto come se niente fosse

“Quante vite avremmo salvato con una politica vaccinale più incisiva? Scelte tentennanti hanno messo in ginocchio il Paese”. A pensarla così è il Presidente di Senior Italia FederAnziani Roberto Messina che però plaude al lavoro dei medici e di tutto il personale sanitario svolto spesso in condizioni di grande stress e insicurezza

// Il bilancio Covid del primo mese del 2022 ha toccato la cifra spaventosa di quasi novemila morti, nel 95% dei casi anziani, e tutto ciò senza che nessuno dica nulla, un bollettino che ormai somiglia sempre più a quello meteorologico, o a una notizia di cronaca come tante. Senior Italia FederAnziani esprime le sue condoglianze alle famiglie delle vittime, sempre più sottovalutate ora che si avvicina l'agognata fine dell'ondata pandemica. Chiediamo anche scusa, come italiani, anche a nome di coloro che avrebbero dovuto preoccuparsi di loro” Questo è quanto ha dichiarato il Presidente Nazionale di Senior Italia FederAnziani **Roberto Messina** analizzando i dati relativi alla pandemia aggiornati alla fine del primo mese dell'anno. “I morti di gennaio si sommano a quelli dei mesi precedenti arrivando a quota 146.363, di cui gli over 60 sono circa 140.000, un dato che dovrebbe essere troppo elevato per passare inosservato, eppure è esattamente quanto accade”.

“Ci chiediamo se non fosse possibile fare di più - incalza Messina - obbligare tutti a vaccinarsi dall'inizio, ad esempio, anziché limitarsi a una semplice multa di 100 euro, una specie di tassa da pagare per essere liberi di continuare a comportarsi irresponsabilmente. Quante vite avrem-

mo salvato intervenendo prima e in modo più incisivo? Sappiamo che per quanto riguarda la prevenzione della malattia severa la percentuale è pari a 95% nei vaccinati con ciclo completo da meno di 90 giorni, 93% nei vaccinati con ciclo completo da 91 e 120 giorni, e 89% nei vaccinati che hanno completato il ciclo vaccinale da oltre 120 giorni. È invece pari al 97,5% nei soggetti vaccinati con dose aggiuntiva/booster. Un impatto particolarmente importante se si considerano le condizioni di salute di persone anziane con diverse patologie croniche, più suscettibili di sviluppare severe complicanze”.

“Basta dunque fare una semplice equazione - conclude - per vedere quante vite avremmo salvato con una politica vaccinale meno tentennante, che ci avrebbe anche consentito di vivere sereni, senza troppe restrizioni, salvaguardando un'economia che oggi è in ginocchio. Il nostro plauso infine va ai medici e a tutto il personale sanitario che ogni giorno continua a lavorare senza sosta, con una pressione senza precedenti, spesso in condizioni di grande stress e insicurezza. Non possiamo che unirli alla loro richiesta di potenziamento della medicina territoriale e di base, e al tempo stesso di misure che garantiscano condizioni di lavoro dignitose per tutte le persone impiegate nel settore sanitario”.

2022	Decessi
01/01/2022	111
02/01/2022	133
03/01/2022	140
04/01/2022	259
05/01/2022	157
06/01/2022	198
07/01/2022	223
08/01/2022	184
09/01/2022	157
10/01/2022	227
11/01/2022	294
12/01/2022	313
13/01/2022	316
14/01/2022	360
15/01/2022	308
16/01/2022	248
17/01/2022	287
18/01/2022	434
19/01/2022	333
20/01/2022	385
21/01/2022	373
22/01/2022	333
23/01/2022	227
24/01/2022	352
25/01/2022	468
26/01/2022	427
27/01/2022	389
28/01/2022	378
29/01/2022	377
30/01/2022	235
31/01/2022	349
<b>Tot. gennaio 2022</b>	<b>8.975</b>
<b>Tot. da inizio pandemia</b>	<b>146.363</b>

# La pandemia della disuguaglianza

Secondo quanto delineato dal Rapporto Oxfam International “Inequality kills”, pubblicato a gennaio 2022: “La pandemia prospera nella disuguaglianza, uccidendo spesso i più poveri e storicamente emarginati in misura prevalente rispetto ai ricchi e privilegiati. In alcuni Paesi, le persone più povere hanno avuto quasi quattro volte più probabilità di morire di Covid-19 rispetto alle persone più ricche”

// Non solo il nostro sistema economico si è trovato impreparato a tutelare i diritti delle persone più vulnerabili ed emarginate quando la pandemia ha colpito; ma ha attivamente favorito coloro che sono già estremamente facoltosi”. Questo è uno dei passaggi del Rapporto Oxfam International “*Inequality kills*”, pubblicato a gennaio 2022.

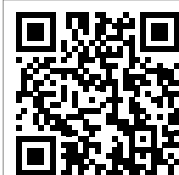
“Meno dell’1% dei vaccini ha raggiunto le persone nei Paesi a basso reddito.

L’economia globale ha dato miglior prova di sé nel creare nuovi miliardari dei vaccini - denuncia il Rapporto - piuttosto che nel vaccinare i miliardi di persone che hanno bisogno di protezione contro questa terribile pandemia”.

“La disuguaglianza non è una fatalità, ma il risultato di precise scelte politiche. - ha dichiarato la direttrice di Oxfam International Gabriela Bucher - Non solo i nostri sistemi economici ci hanno reso meno sicuri di fronte a questa pandemia, ma consentono a chi è estremamente ricco di beneficiare della crisi. Non è mai stato così importante intervenire sulle sempre più marcate ingiustizie e iniquità. Per questo servono coraggio e visione per affrancarsi da paradigmi di sviluppo che hanno mostrato il fallimento negli ultimi decenni”.

Secondo il Rapporto per quanto concerne il crescere delle disuguaglianze nell’accesso alle cure, non ci si può non soffermare sugli impatti di scelte politiche, in epoca pre-pandemica, relative all’accesso e alla fruizione dei servizi sanitari. I Governi hanno scelto di depotenziare i propri si-

stemi sanitari pubblici o quelli di altri Paesi, incentivando la privatizzazione della sanità. Un aumento del 10% della spesa sanitaria privata è stato collegato a un aumento del 4,9% della mortalità correlata al Covid-19. I Paesi che hanno perseguito politiche di austerità hanno tassi di mortalità Covid-19 più elevati. Anche nell’Unione Europea, dove alcuni Stati Membri hanno sistemi sanitari universali, la privatizzazione ha indebolito la capacità dei Paesi di rispondere alla pandemia. “In altre parole - sottolinea Oxfam - l’austerità uccide”. Oxfam chiede al Governo italiano di agire sullo scacchiere internazionale per porre fine all’*apartheid* vaccinale sospendendo i brevetti, favorendo la condivisione di *know-how* e tecnologia sui vaccini Covid-19, investendo in centri di produzione vaccinale nel Sud del mondo; redistribuendo immediatamente ed equamente i vaccini esistenti e mantenendo le promesse fatte di donare 45 milioni di dosi ai Paesi in via di sviluppo.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF del Rapporto Oxfam

# AGGIORNAMENTI



## ■ **CARDIOLOGIA**

*Statement per la gestione dell'arteriopatia periferica*

## ■ **DIABETOLOGIA**

*Standard of care ADA 2022: anticipare lo screening*

## ■ **MEDICINA DI GENERE**

*Epatopatie e differenze genere-specifiche*

## ■ **MEDICINA INTERNA**

*Cuore, polmoni, reni: il Covid lieve-moderato lascia il segno*

## ■ **MEDICINA RESPIRATORIA**

*Ridefinita la diagnosi delle riacutizzazioni da BPCO*

## ■ **PREVENZIONE**

*Inattività fisica e rischio di morte tra i cancer survivors*

## ■ CARDIOLOGIA

### Statement per la gestione dell'arteriopatia periferica

Stime recenti mostrano che l'arteriopatia periferica - PAD - colpisce oltre 235 milioni di persone nel mondo, di cui circa tre quarti asintomatiche. La nuova dichiarazione congiunta dell'European Atherosclerosis Society (EAS) e dell'European Society of Vascular Medicine (ESVM) ha una duplice missione: aggiornare le evidenze di due dei principali fattori di rischio CV modificabili - dislipidemia e fattori trombotici - e, così facendo, migliorare la consapevolezza e la gestione di questa condizione.

#### ► Dislipidemia e PAD

Nonostante le precedenti controversie, ora ci sono prove inconfutabili che i lipidi elevati sono associati ad un aumento del rischio CV nella PAD. Come per altri fenotipi di aterosclerosi, le lipoproteine contenenti apolipoproteine (apo)B sono importanti driver delle manifestazioni cliniche di malattia. Va sottolineato che come LDL-C è causale per la malattia cardiovascolare aterosclerotica, dovrebbe essere l'obiettivo primario nel trattamento della dislipidemia in pazienti con PAD. La PAD è infatti classificata come ad alto rischio ( $\geq 10\%$  di rischio di un evento cardiovascolare fatale in 10 anni). L'abbassamento di LDL-C è associato a una riduzione del  $\sim 25\%$  degli eventi CV totali, a una riduzio-

ne del  $\sim 30\%$  degli eventi avversi maggiori degli arti come amputazione e occlusione/rivascolarizzazione del trapianto, nonché alla riduzione degli endpoint clinici che influiscono sulle prestazioni motorie e contribuiscono alla morbilità della PAD. Nella pratica clinica, tuttavia, la maggior parte dei pazienti con PAD non raggiunge gli obiettivi. È dunque necessaria un'azione urgente per migliorare l'attuazione degli obiettivi LDL-C raccomandati dalle linee guida per la PAD. Le raccomandazioni EAS/ESVM sono supportate dai dati di IMPROVE-IT (statina più ezeti-

mibe) e FOURIER e ODYSSEY OUTCOMES (statine più un inibitore PCSK9). Dato il loro rischio assoluto più elevato, i pazienti con PAD ottengono un maggiore beneficio clinico dall'intensificazione dell'abbassamento di LDL-C con terapia di combinazione rispetto alla monoterapia con statine, sia in termini di riduzione degli eventi CV che di eventi avversi maggiori degli arti. In effetti, FOURIER è stato il primo studio randomizzato a dimostrare che la combinazione di un inibitore PCSK9 e di una statina ha ridotto gli eventi avversi maggiori degli arti, inclusa l'amputazione, del 42%.

#### BIBLIOGRAFIA

- Belch JF et al. Lipid-lowering and anti-thrombotic therapy in patients with peripheral arterial disease: European Atherosclerosis Society/ European Society of Vascular Medicine Joint Statement. *Atherosclerosis* 2021 Dec; 338: 55-63.

#### Raccomandazioni

1. Le statine, alla dose più alta tollerata, sono indicate nei pazienti con PAD per la prevenzione di eventi CV.
2. LDL-C deve essere abbassato a  $< 55$  mg/dL e  $\geq 50\%$  se i valori pre-trattamento sono 70-135 mg/dL.
3. Può essere considerato il trattamento combinato con statina ed ezetimibe per migliorare il raggiungimento dell'obiettivo LDL-C. Questo approccio potrebbe consentire una migliore tolleranza di una dose più bassa di statine nei pazienti con effetti collaterali.
4. Un inibitore PCSK9 deve essere aggiunto se i livelli di LDL-C rimangono superiori del 50% rispetto all'obiettivo nonostante il trattamento con statine, con o senza ezetimibe.
5. La terapia antiplastrinica è indicata per prevenire ulteriori eventi CV. Questo dovrebbe essere clopidogrel 75 mg/die, o la combinazione di ASA 100 mg/die e rivaroxaban (2x2,5 mg/die).
6. La doppia terapia antiplastrinica (DAPT) deve essere somministrata per almeno un mese dopo l'angioplastica con palloncino rivestita con farmaco e per 3 mesi dopo l'eluizione del farmaco o l'impianto di stent coperto.
7. Sulla base dei risultati dello studio VOYAGER, la terapia di associazione con ASA e rivaroxaban deve essere presa in considerazione per il DAPT post-intervento.

## ■ DIABETOLOGIA

### Standard of care ADA 2022: anticipare lo screening

**P**ubblicate dall'American Diabetes Association (ADA) gli Standard di cura 2022, che forniscono un aggiornamento annuale delle linee guida pratiche.

Tra le novità più significative l'ADA ora raccomanda che a partire dai 35 anni i soggetti asintomatici dovrebbero essere sottoposti a screening per il prediabete e il DT2. "La prevalenza di diabete è in aumento; ci sono molte persone con diabete di tipo 2 in età sempre più giovane che non sono state diagnosticate. Ho visto un paziente a cui è stato diagnosticato il DM2 dopo essersi sottoposto ad una visita oculistica, nella quale è stata refertata una retinopatia significativa. Presumibilmente il diabete era presente da un certo numero di anni, ma non lo ha mai saputo. Questo non dovrebbe accadere, motivo per cui questo cambiamento è importante" - ha affermato Robert Gabbay, responsabile scientifico dell'ADA.

Le LG hanno anche aggiunto nuove raccomandazioni di screening per le donne in gravidanza e per quelle che la pianificano.

#### ► **Approccio individualizzato**

Dal momento della diagnosi di DT2 l'approccio dovrebbe essere centrato sul singolo paziente. Ciò

significa prendere in considerazione l'obiettivo di prevenire le complicanze, i costi, l'accesso alle cure e le esigenze di gestione individuali. Mentre le linee guida specificano che il primo farmaco da prescrivere dovrebbe di solito essere la metformina oltre a cambiamenti completi dello stile di vita (invito all'educazione all'autogestione della malattia, programmi di supporto e terapia nutrizionale medica), ciò consente una maggiore flessibilità rispetto alla raccomandazione del 2021, che affermava che a tutte le persone dovrebbe essere prescritta la metformina. "La metformina è ancora un buon farmaco, ma non dovrebbe essere un deterrente ad iniziare i farmaci che sappiamo saranno efficaci", commentano gli autori.

#### ► **Quattro pilastri**

L'ADA ha anche modificato le raccomandazioni su come gestire le complicanze, tra cui insufficienza cardiaca, malattia renale cronica, obesità, retinopatia, ecc.

Questo approccio si basa su quattro pilastri: gestione del glucosio, della PA, dei lipidi, utilizzo di farmaci ipoglicemizzanti che hanno dimostrato di avere benefici cardiaci o renali, e sopra tutto la modifica dello stile di vita e di educazione e supporto all'autogestione

del diabete. Questo segna una transizione chiave verso un approccio più completo alla gestione di malattia.

Gli inibitori SGLT-2 erano precedentemente raccomandati solo per trattare l'insufficienza cardiaca con frazione di eiezione ridotta, ma ADA ora incoraggia questi farmaci per il trattamento e la prevenzione di altri tipi di insufficienza cardiaca, sulla base dei risultati di studi clinici dello scorso anno.

Per i pazienti con DM2 che assumono insulina viene raccomandata una terapia di combinazione con un agonista del recettore GLP-1 se è necessaria una ulteriore riduzione del glucosio, invece di aumentare solo il dosaggio di insulina.

Le precedenti linee guida ADA raccomandavano l'uso di un inibitore SGLT-2 o di un agonista del recettore GLP-1 per malattie cardiache o renali. Quest'anno, tuttavia, le raccomandazioni suggeriscono che una combinazione dei due dovrebbe essere considerata per ridurre ulteriormente il rischio. Inoltre, invece di aggiungere i farmaci uno per uno, potrebbe essere meglio iniziare con una combinazione dei due a seconda della situazione dell'individuo.

#### BIBLIOGRAFIA

- American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. *Diabetes Care* 2022; 1;45 (Sup 1): S17-S38.

## ■ MEDICINA DI GENERE

### Epatopatie e differenze genere-specifiche

**L**e malattie epatiche rientrano tra le 10 principali cause di morte nel sesso maschile (1-8% dei decessi), ma non femminile. *“Medicina di Genere Newsletter”* ha ospitato un contributo di **Luca Fabris**, Prof. Associato di Gastroenterologia, AOU-Università di Padova, di cui pubblichiamo una sintesi.

“Le differenze genere-specifiche delle epatopatie sono molto meno studiate rispetto ad altre malattie. Gli uomini mostrano un rischio maggiore per epatiti croniche virali, cirrosi epatica e carcinoma epatocellulare, mentre nelle donne è più elevato il rischio di sviluppare malattie autoimmuni (colangite biliare primitiva, epatite autoimmune), ma non la colangite sclerosante primitiva, a causa di fattori genetici ed ormonali. L’inattivazione incompleta del cromosoma X rispetto ad Y determina un’iperespressione di un gran numero di geni coinvolti nella regolazione della risposta immune. Il diverso comportamento della colangite sclerosante sottolinea come siano importanti altri fattori oltre a quelli immunologici, come l’associazione con le MICI e le alterazioni del microbioma intestinale. Inoltre, la colangite biliare primitiva quando colpisce gli uomini, è solitamente più

aggressiva, con un tasso di mortalità più elevato.

#### ► Altre patologie

L’inappropriata assunzione di alcol è una delle cause più frequenti di epatopatia e gli uomini ne sono più colpiti rispetto alle donne, soprattutto perché consumano quantità maggiori di etanolo. Va però sottolineato come le donne abbiano una maggiore vulnerabilità alla tossicità da alcol, a causa della loro minore capacità di metabolizzarlo e dal minore volume di distribuzione, motivo per cui a parità di dose assunta, le donne raggiungono concentrazioni di alcol più elevate nel sangue. Queste differenze sono causa di una maggiore mortalità nelle donne alcoliste rispetto agli uomini.

Nell’ultimo decennio, con l’avvento dei nuovi antivirali per l’epatite C, che riescono ad eliminare l’infezione nel 98% dei trattati, la malattia da fegato grasso associato alla sindrome metabolica (MAFLD) è diventata la causa principale di malattia epatica in occidente.

La MAFLD colpisce circa il 25% della popolazione, spesso in associazione con altre malattie principalmente a carico dell’apparato CV. Le donne in età riproduttiva sono protette nei confronti sia della MAFLD (con un rischio di am-

malarsi dimezzato rispetto agli uomini) che dello sviluppo di fibrosi epatica, tumore epatico e, complessivamente, hanno un minor rischio di mortalità anche dovuta alle manifestazioni cardiovascolari.

Dopo la menopausa tale protezione cessa indicando come gli estrogeni svolgano un ruolo importante nella patogenesi di questa malattia. Essi infatti esercitano funzioni protettive a livello metabolico, che riguardano l’obesità viscerale (causa della MAFLD) e l’insulino-resistenza, meccanismo che sostiene la sindrome metabolica. Per contro, nelle donne con sindrome dell’ovaio policistico, l’iperproduzione di androgeni aumenta considerevolmente il rischio di MAFLD. Anche uno stile dietetico più salutare con maggior consumo di frutta e vegetali, e minore di grassi saturi e carni insaccate, più tipicamente seguito dalle donne, sembra avere effetto protettivo. Tuttavia, la risposta al calo di peso con dieta ed esercizio fisico sembra essere più facilmente ottenibile nell’uomo piuttosto che nella donna che necessita di un maggior decremento ponderale per risolvere la MAFLD.

Queste osservazioni sono ancora limitate, ma è auspicabile un cambio di ritmo affinché nei prossimi anni anche l’epatologia possa allinearsi ai livelli di attenzione di altre discipline per la ricerca di genere”.

• Fonte: *“Medicina di Genere Newsletter”* (Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere, GISEG, Centro di Riferimento per la Medicina di Genere ISS, 2022).

■ **MEDICINA INTERNA**

## Cuore, polmoni, reni: il Covid lieve-moderato lascia il segno

I soggetti che apparentemente si sono ripresi da un'infezione da Sars-CoV-2 da lieve a moderata non ospedalizzati mostrano segni di affezione subclinica multiorgano correlata alla funzionalità polmonare, cardiaca, trombotica e renale. Ricercatori tedeschi che hanno condotto lo studio di coorte hanno affermato che i loro risultati suggeriscono che in pazienti selezionati lo screening potrebbe essere appropriato per guidarne la gestione.

► **Lo studio**

Sono stati inclusi 443 pazienti Covid tra marzo e dicembre 2020 e 1.328 controlli (tra la popolazione di Amburgo). Tutti i casi sono stati considerati da lievi a moderati in virtù del fatto che non avevano richiesto il ricovero in terapia intensiva - solo il 7,2% era stato ricoverato in ospedale - e la valutazione si è verificata a una mediana di 9,6 mesi dopo il test Sars-CoV-2 iniziale positivo.

Rispetto ai controlli, i pazienti Covid avevano vene femorali sonograficamente non comprimibili "sostanzialmente più frequenti", suggerendo una precedente TVP. La valutazione cardiaca ha mostrato una ridotta funzione ventricolare sinistra e destra all'ecocardiografia transtoracica, nonché un'elevata troponina I cardiaca ad

alta sensibilità (hs-cTn I) e un peptide natriuretico pro-B N-terminale (NT-proBNP). Inoltre, i pazienti post-Covid presentavano un volume polmonare totale inferiore (99,1% vs 102,4% del valore previsto) e una maggiore resistenza specifica delle vie aeree (77,3% vs 69,8% del valore previsto). Anche la funzionalità renale era ridotta (eGFR ridotto di 2,35 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). Non c'erano differenze quando si trattava di volume cerebrale, microsanguinamenti cerebrali, residui di infarto, funzione cognitiva. "Il dato più impressionante è stato l'evidenza di un aumento della trombosi venosa tra i pazienti che avevano contratto la malattia. Si raccomanda lo screening sistematico degli organi da 6 a 9 mesi dopo l'infezione da Sars-CoV-2 da lieve a moderata", suggeriscono gli autori.

► **Dibattito**

La ricerca ha suscitato un dibattito all'interno della comunità medica tedesca. Stefan Blankenberg, l'autore senior, ha sottolineato che questo è "un suggerimento intellettuale", piuttosto che una "linea guida". Gli autori hanno infatti ricevuto feedback dai medici di famiglia che mettono in discussione questo consiglio, in base a quanto fossero ridotte le differenze tra pazienti e

controlli. Ma Blankenberg ha replicato con i dati di uno studio del 2019 di cui è co-autore, dimostrando che anche ridotte alterazioni di LDL possono avere un impatto sul rischio a lungo termine. Lo stesso si può dire per la compromissione della funzionalità renale. Amanda Verma, Washington University School of Medicine di St. Louis ha commentato: "In realtà non conosciamo le conseguenze a lungo termine e abbiamo bisogno di una guida su ciò che accade ai pazienti nel tempo. I medici stanno studiando per conoscere le migliori strategie per ottenere risposte e forse le tecnologie di oggi non sono ancora all'altezza. Dico sempre ai pazienti: solo perché non avevamo i raggi X in passato non significa che le persone non si siano fratturate le gambe. Questa ricerca potrebbe stimolare confronti sul fatto che l'uso di una strategia preventiva, piuttosto che reattiva, potrebbe essere più conveniente".

**BIBLIOGRAFIA**

- Petersen EL, Goßling A et al. Multi-organ assessment in mainly non-hospitalized individuals after SARS-CoV-2 infection: The Hamburg City Health Study COVID programme. *Eur Heart J* 2022, *epub ahead of print.*
- Brunner FJ, Blankenberg S et al. Application of non-HDL cholesterol for population-based cardiovascular risk stratification: results from the Multinational Cardiovascular Risk Consortium. *Lancet* 2019; 394: 2173-83.
- [www.tctmd.com](http://www.tctmd.com)

## ■ MEDICINA RESPIRATORIA

### Ridefinita la diagnosi delle riacutizzazioni da BPCO

“Rome Proposal” è un nuovo quadro di riferimento per una diagnosi più precisa delle riacutizzazioni da BPCO in caso di peggioramento acuto dei sintomi respiratori. I risultati sono stati presentati da un gruppo internazionale di esperti nel corso dell’International Meeting on Asthma and COPD ospitato a fine dicembre 2021 a Firenze.

La “Rome Proposal” struttura la diagnosi delle riacutizzazioni da BPCO intorno ad una serie di marcatori ben consolidati, misurabili e clinicamente rilevanti.

Ciò consentirà di individuare i casi di riacutizzazione da BPCO sulla base di parametri oggettivi, eliminando così le incertezze derivanti da una descrizione soggettiva dei sintomi da parte dei pazienti e da pregiudizi inconsci. Oltre a una nuova scala di gravità per la riacutizzazione da BPCO, la “Rome Proposal” consente una migliore valutazione del livello di cure in acuto di cui i pazienti hanno necessità.

#### ► Variabili rilevabili

Basata sulla metodologia Delphi la “Rome Proposal” definisce un insieme di sei variabili clinicamente misurabili, che individuano in modo chiaro un caso acuto di riacutizzazione:

- dispnea,
- frequenza respiratoria e cardiaca,
- SaO<sub>2</sub>,
- ipossiemia e ipercapnia,
- livelli di proteina C-reattiva nel siero.

Sebbene precedenti linee guida cliniche considerassero già alcune di queste variabili come segni di riacutizzazione da BPCO, le linee guida esistenti non forniscono soglie chiare e misurabili per caratterizzare e classificare l’evento fisiopatologico stesso. Osservando i sintomi e i marcatori in relazione tra loro, i medici saranno anche in grado di eseguire una diagnosi differenziale rispetto ad altre condizioni acute, in cui possono essere presenti sintomi simili, ma associati a segni, imaging e/o biomarcatori diversi.

Infine, mentre le attuali definizioni cliniche e gli standard consentono di classificare la gravità della riacutizzazione da BPCO unicamente a posteriori, con gravi conseguenze sulla tempestività e la qualità delle cure, la definizione proposta consente la diagnosi e la valutazione della gravità presso il punto di cura e, quindi, di pianificarne la relativa gestione.

Sulla base del lavoro esistente, per cui la riacutizzazione da BPCO tipicamente peggiora entro un

massimo di 14 giorni, la “Rome Proposal” stabilisce un limite superiore di tempo per il monitoraggio delle condizioni dei pazienti e un termine preciso entro il quale le cure devono essere somministrate. In questo modo, il gruppo di esperti riduce ulteriormente le ambiguità presenti attualmente nella diagnosi di riacutizzazione da BPCO.

La “Rome Proposal”, supportata da Chiesi, è un importante contributo al dibattito scientifico globale sul miglioramento della cura dei pazienti affetti da BPCO in tutto il mondo.

**Leonardo M. Fabbri**, Medicina interna e respiratoria dell’Università di Ferrara, ha commentato: “La ‘Rome Proposal’ evidenzia l’importanza di ottenere una diagnosi corretta e di condurre un’attenta diagnosi differenziale delle diverse malattie croniche che, quasi sempre, sono associate alla BPCO in condizioni stabili e che possono peggiorare nel corso delle riacutizzazioni. Tra queste, non solo l’insufficienza cardiaca, la polmonite e la tromboembolia, ma anche le cardiopatie ischemiche, le aritmie, l’asma, le bronchiectasie, il pneumotorace e molte altre patologie”.

#### BIBLIOGRAFIA

- Celli BR, Fabbri LM et al. An Updated Definition and Severity Classification of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations: The Rome Proposal. *Am J Respir Crit Care Med* 2021 Dec; 204(11): 1251-1258.



■ PREVENZIONE

## Inattività fisica e rischio di morte tra i cancer survivors

I sopravvissuti al cancro che sono inattivi e inoltre stanno seduti per più di otto ore/ giorno aumentano il loro rischio di mortalità specifica e complessiva per cancro. Uno studio prospettico di coorte ha rilevato che l'associazione di seduta prolungata e di bassi livelli di attività fisica ha aumentato il rischio di morte per cancro di 4,7 volte e per tutte le cause 5,38 volte in chi è stato colpito dalla malattia in precedenza.

► **Lo studio**

Il team di ricerca ha estratto i dati di 1.535 sopravvissuti al cancro dal National Health and Nutrition Examination americano (2007-2014). I partecipanti hanno compilato il Global Physical Activity Questionnaire per valutare il tempo di seduta e l'attività fisica nel tempo libero durante una settimana tipica. 950 (56,8%) hanno riportato attività fisica nel tempo libero (LTPA) di 0 minuti a settimana (classificati "inattivi"), 226 (15%) hanno riportato <150 minuti/ settimana (classificati "insufficientemente attivi") e 359 (27,6%) ≥150 minuti/settimana (classificati "attivi"). Inoltre, 553 (35,4%) hanno riferito di stare seduti per 6-8 ore al giorno e 328 (24,9%) di stare seduti per >8 ore al giorno. In particolare, 574 (35,8%) non hanno riportato LTPA con se-

duta concomitante >6 ore al giorno. Durante i nove anni di follow-up, ci sono stati 293 decessi, costituiti da 114 decessi per cancro, 41 per malattie cardiache e 138 per altre cause. I modelli multivariabili hanno mostrato:

- essere fisicamente attivi è stato associato a minori rischi di mortalità per tutte le cause (HR = 0,34) e mortalità specifica per cancro (HR=0,32) rispetto all'essere inattivi;
- la seduta >8 ore al giorno è stata associata a una maggiore mortalità per tutte le cause (HR=1,81) e mortalità specifica per cancro (HR=2,27) rispetto alla seduta <4 ore/giorno,
- i sopravvissuti inattivi e insufficientemente attivi che stavano seduti >8 ore/die avevano una mortalità complessiva molto più elevata (HR=5,38) e mortalità specifica per cancro (HR=4,71) rispetto ai sopravvissuti che stavano seduti <4 ore al giorno più LTPA ≥150 min/settimana.

► **Commenti degli autori**

"I risultati mostrano che più di un terzo dei sopravvissuti al cancro sta seduto per più di sei ore al giorno, e che meno di un terzo segue la raccomandazione >150 minuti di esercizio/settimana. Studi sperimentali hanno dimostrato che la seduta ininterrotta per un lungo

periodo è associata a un alterato metabolismo del glucosio e ad un aumento dell'infiammazione sistemica. Altre ipotesi includono stare seduti per lunghi periodi inducendo resistenza all'esercizio e diminuendo i benefici dell'attività fisica e aumentando i rischi di cachessia, eventi tromboembolici e affaticamento, portando a peggiori sopravvivenze.

La maggior parte delle persone (anche se non lo seguono) hanno familiarità con l'idea di introdurre più esercizio fisico nelle loro routine quotidiane. Ma il concetto di contrastare lo stare seduti (specialmente tra le persone che lavorano alla scrivania) può essere più impegnativo. Le strategie pratiche per ridurre la seduta includono l'impostazione di una sveglia per alzarsi e allungarsi, fare pause per camminare, seguire riunioni in piedi e svolgere le faccende domestiche mentre si guarda la TV. La vera sfida sta nel come personalizzare questi interventi, dati i diversi profili dei sopravvissuti al cancro in base ai loro fattori di malattia, caratteristiche socio-demografiche, modelli di comportamento e supporti ambientali. L'obiettivo finale è quello di essere in grado di fornire modifiche specifiche dello stile di vita che possono essere prescritte a tutti i sopravvissuti al cancro".

**BIBLIOGRAFIA**

- Cao C et al. Association of daily sitting time and leisure-time physical activity with survival among US cancer survivors. *JAMA Oncol* 2022; 6:e216590.

# Miocardite e vaccino anti Covid-19: attualità e prospettive

Gli ultimi dati sul rischio di sviluppare miocarditi dopo il vaccino anti Covid-19 con i prodotti a mRNA sono rassicuranti e il rapporto rischio-beneficio resta sempre favorevole all'immunizzazione dal virus pandemico

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

con la collaborazione di: **Antonio De Luca**<sup>1</sup>, **Marco Sperandeo**<sup>2</sup>, **Giuseppe Di Pumpo**<sup>3</sup>  
**Vito Sollazzo**<sup>1</sup>, **Paride Morlino**<sup>1</sup>, **Angelo Benvenuto**<sup>1</sup>

## ► Introduzione e report degli studi clinici

Nel Maggio 2021 il Centers for Disease Control and Prevention ha annunciato una possibile correlazione tra la somministrazione di vaccini anti Covid-19 ad RNA-messaggero (Pfizer-BioNTech e Moderna) e l'insorgenza di miocarditi. Israele è stato il primo paese ad intraprendere una campagna nazionale di vaccinazione contro il coronavirus con vaccino Pfizer-BioNTech, campagna iniziata nel Dicembre del 2020 e che nel Maggio 2021 aveva portato alla vaccinazione completa con entrambe le dosi di oltre il 54% della popolazione.

Witberg e coll. raccogliendo i dati del database del Clalit Health Services (la principale organizzazione sanitaria di Israele), hanno valutato l'incidenza, il decorso clinico e la severità delle miocarditi nella popolazione Israeliana vaccinata contro il Covid-19 ed i risultati sono stati recentemente pubblica-

ti sulla prestigiosa rivista New England Journal of Medicine. Tra il Dicembre 2020 ed il Maggio 2021 2.558.421 membri del Clalit Health Services hanno ricevuto almeno una dose di vaccino Pfizer-BioNTech, di questi 2.401.605 (94%) due dosi. I ricercatori hanno identificato i casi di miocardite diagnosticati entro 42 giorni dalla somministrazione della prima dose, individuando inizialmente 258 potenziali casi di miocardite. Dopo lo screening iniziale soltanto 54 pazienti hanno soddisfatto i criteri della diagnosi di miocardite secondo la definizione dell'American Heart Association che è stata quella impiegata nello studio. Per molti dei pazienti esclusi, la diagnosi di miocardite era pregressa ed antecedente alla vaccinazione.

Per quanto riguarda la severità tra i 54 casi confermati: 41 pazienti si sono presentati con una miocardite lieve, 12 intermedia ed uno con miocardite fulminante. L'età mediana dei pazienti è stata di 27 anni con una netta prevalenza del sesso maschile (94%). La maggior parte dei pazienti (83%) non presentava comorbidità importanti, al contrario il 13% assumeva terapie per patologie croniche. Un paziente riferiva una lieve disfunzione ventricolare sinistra prima della vaccinazione. Il 67%

dei casi ha ricevuto la diagnosi di miocardite dopo la seconda dose. L'incidenza generale di miocarditi entro 42 giorni dalla somministrazione della prima dose è stata di 2.13 casi ogni 100.000 persone vaccinate, incidenza che sale a 4.12 casi nel sesso maschile e scende a 0.23 casi per il sesso femminile. Per quanto riguarda invece l'incidenza in funzione dell'età, nella fascia d'età compresa tra 16 e 29 anni, l'incidenza è stata di 5.49 casi ogni 100.000 persone vaccinate, tale incidenza si riduce a 1.13 casi nella popolazione ultratrentenne. Pertanto l'incidenza maggiore è stata nel gruppo di pazienti maschi con età compresa tra 16 e 29 anni, dove si sono registrati oltre 10 casi ogni 100.000 soggetti vaccinati. Per quanto riguarda invece l'incidenza in funzione della severità, fortunatamente la più alta si è registrata per i casi di miocardite lieve (1.62 casi ogni 100.000 persone vaccinate) ed invece rarissimi possono essere definiti i casi di miocardite fulminante (0.04 casi 100.000 persone vaccinate).

Per quanto riguarda la presentazione clinica il dolore toracico è stato il sintomo più frequente (82%); i parametri vitali all'ammissione sono risultati generalmente nei limiti, solo un paziente si è presentato con instabilità emodi-

<sup>1</sup> Dipartimento Internistico Multidisciplinare Ospedale "T. Masselli-Mascia" San Severo (FG)

<sup>2</sup> Dipartimento di Scienze Mediche IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" S. Giovanni Rotondo (FG)

<sup>3</sup> Dipartimento di Emergenza-Urgenza IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" S. Giovanni Rotondo (FG)

namica ma nessuno ha richiesto inizialmente l'impiego di farmaci inotropi o di supporto meccanico. L'elettrocardiogramma ha evidenziato un sopralivellamento del tratto ST nel 53% dei pazienti in cui i dati elettrocardiografici erano disponibili, il 21% presentava un ECG normale, altre anomalie (alterazioni delle onde T, fibrillazione atriale e tachicardia ventricolare non sostenuta) erano presenti nei rimanenti casi. Il picco mediano della troponina T è stato di 680 ng/L.

Durante l'ospedalizzazione un paziente ha sviluppato shock cardiogeno che ha richiesto l'impiego dell'ECMO; nessuno degli altri casi ha invece necessitato di supporto inotropo, meccanico o ventilatorio. In un paziente è stata effettuata la biopsia miocardica che ha mostrato un'infiltrazione perivascolare di linfociti ed eosinofili. Il tempo medio di degenza è stato di tre giorni ed il 65% dei casi è stato dimesso senza indicazione ad assumere terapia a domicilio.

I dati ecocardiografici sono disponibili per 48 pazienti. La frazione d'eiezione (FE) media è stata del  $57.5 \pm 6.1\%$ . La funzione ventricolare sinistra è risultata normale all'ingresso nel 71% dei casi; dei 14 pazienti (29%) che presentavano un certo grado di disfunzione il 17% ha mostrato una disfunzione lieve, il 4% una disfunzione da lieve a moderata, il 4% una disfunzione moderata a severa ed il 2% una disfunzione severa. All'ecocardiogramma pre-dimissione 4 di questi pazienti hanno presentato il pieno recupero della funzione sistolica ventricolare sinistra; di cinque dei restanti dieci si possiedono i dati del follow up ecocardiografico che anche in questo caso ha mostrato una FE nella norma. Un versamento pericardico è stato riscontrato in dieci pazienti.

La pandemia Covid-19 in corso è uno scenario a rapida evoluzione con nu-

merosi "unmet needs" ed aree grigie, incluso il possibile meccanismo alla base degli episodi miocardici post-vaccino. Secondo una delle ipotesi più promettenti per la possibile relazione tra vaccinazione e miocardite, una risposta iperimmune alla seconda dose del vaccino è plausibile nei giovani adulti, anche considerando che gli adolescenti presentano una risposta immunitaria più robusta all'infezione SARS-CoV-2 rispetto agli adulti (*multisystem inflammatory syndrome in children*).

Studi ulteriori su larga scala consentiranno comunque di stimare la reale incidenza della miocardite dopo vaccinazione mRNA contro il Covid-19.

### ► Discussione

Lo studio presenta alcuni limiti, innanzitutto il periodo di osservazione troppo breve (circa 80 giorni) per giungere a conclusioni definitive riguardo la prognosi a lungo termine della miocardite post vaccinazione anti Covid-19. Inoltre la raccolta dati si è limitata al Clalit Health Services, senza considerare le miocarditi diagnosticate e gestite nella rete extra-ospedaliera con conseguente possibile sottostima dell'incidenza dei casi. Tuttavia i dati di Witberg e coll., hanno il merito di aver cercato di quantificare questo possibile effetto collaterale della vaccinazione, dimostrando che comunque si tratta di un evento raro e nella stragrande maggioranza dei casi con una presentazione clinica non seria e con una prognosi molto favorevole. Tale studio ha permesso inoltre di individuare un sottogruppo di pazienti più a rischio (maschi con età compresa tra 16 e 30 anni), in cui nella fase immediata post somministrazione del vaccino bisogna fare più attenzione in caso di comparsa di sintomi, come il dolore toracico, per giungere ad una diagnosi e ad un trattamento che siano il più tempestivi possibili. Saranno necessari ulteriori

studi per comprendere le cause della differenza di genere nella miocardite post-vaccino nei giovani. Inoltre, quasi tutti i pazienti (>95%) sono stati ricoverati in ospedale, ma la maggioranza è guarita completamente ed è stata dimessa senza alcun danno cardiaco residuo nel breve termine. Questi risultati devono anche essere letti in un'ottica di positività, soprattutto in questo momento storico in cui si è intrapresa largamente e già da tempo la somministrazione della terza dose.

### ► Take home message

In conclusione, in base all'analisi critica dei dati attualmente disponibili, possiamo affermare che la vaccinazione contro il Covid-19 resta fortemente raccomandata per prevenire complicanze maggiori e il decesso nella popolazione generale. Infatti, la valutazione rischio-beneficio per la vaccinazione contro il Covid-19 mostra attualmente un bilancio favorevole alla luce delle potenziali complicanze cardiovascolari e non cardiovascolari associate a questa malattia nel breve e lungo termine e la lunga aspettativa di vita in soggetti giovani senza comorbilità maggiori.

### BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. Baden LR, El Sahly HM, Essink B, et al. Efficacy and safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine. *N Engl J Med* 2020; 384:403-16.
2. Bozkurt B, Kamat I, Hotez PJ. Myocarditis with COVID-19 vaccines. *Circulation* 2021; 144: 471-84.
3. Kociol RD, Cooper LT, Fang JC, et al. Recognition and initial management of fulminant myocarditis: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2020; 141: e69-e92.
4. Kuehn BM. Adolescent myocarditis after COVID-19 vaccination is rare. *JAMA* 2021; 326:902.
5. Rosner CM, Genovese L, Tehrani BN, et al. Myocarditis temporally associated with COVID-19 vaccination. *Circulation* 2021; 144:502-5.
6. Sinagra G, Merlo M, Porcari A. Exploring the possible link between myocarditis and mRNA COVID-19 vaccines. *Eur J Intern Med* 2021 August 28.
7. Switzer C, Loeb M. Evaluating the relationship between myocarditis and mRNA vaccination. *Expert Rev Vaccines* 2022; 21: 83-89.
8. Witberg G, Barda N, Hoss S, et al. Myocarditis after Covid-19 Vaccination in a Large Health Care Organization. *N Engl J Med* 2021 Oct 6.

# Patologia splenica in medicina generale: ruolo dell'ecografia

A partire da un caso clinico emerge quanto l'ecografia sia indispensabile nello studio del Mmg per il completamento di una attenta valutazione anamnestica e semeiologica del paziente, tanto da essere proposta come il "quinto tempo" dell'esame obiettivo in medicina generale

**Giuseppina Sebastiano\***, **Elisabetta Cataldi\***, **Francesco Savino\*\***

*\*Tirocinante Medicina Generale, \*\*Tutor Medicina Generale - Bari*

**D**urante lo svolgimento del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale abbiamo frequentato un ambulatorio di Medicina Generale dotato di ecografo ALOKA SSD-1700 Dynaview. Abbiamo avuto così la possibilità di prendere coscienza che l'ecografia è un'importante indagine diagnostica indispensabile al completamento di una attenta valutazione anamnestica e semeiologica del paziente.

Presentiamo il caso di AR, una donna di 32 anni, in buono stato di salute generale. In anamnesi riferisce lieve anemia microcitica, nega altre patologie e terapie farmacologiche in atto.

In occasione di un lieve trauma domestico coinvolgente gli ipocondri, compariva algia in ipocondrio sinistro poco responsiva a terapia farmacologica. Per il persistere della sintomatologia la paziente si recava per approfondimento diagnostico presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale San Paolo di Bari.

Gli esami di laboratorio non evidenziavano condizioni patologiche in atto. Si sottoponeva a RX emico-stato sinistro, torace e diretta addome che non evidenziavano alterazioni osteostrutturali, tuttavia emergevano grossolani livelli idroaerei in corrispondenza dell'ipocon-

drio di sinistra e più piccoli livelli in sede centro-addominale.

Valutata da specialista chirurgo, la paziente veniva dimessa con diagnosi di "stipsi da transito intestinale rallentato" e veniva affidata al medico curante con indicazione a terapia sintomatica.

## ► Valutazione del Mmg

Data la persistenza della sintomatologia algica, la paziente si recava presso lo studio del proprio Mmg per consigli terapeutici. Dopo una accurata anamnesi, all'esame obiettivo emergeva forte dolore alla digitopressione superficiale in corrispondenza della XII costa di sinistra e intensa dolorabilità alla palpazione superficiale in sede ipocondriale omolaterale. Alla percussione emergeva una ottusità in regione colica discendente e peristalsi valida. Da questa valutazione veniva quindi posto il sospetto di infrazione della XII costa da iperflessione della stessa, non evidenziata alla radiografia.

Si decideva quindi di completare l'esame obiettivo con l'ausilio di una sonda ecografica convess multifrequenza di 3.5-7 Mhz. Durante la valutazione ecografica della milza che appariva normale, eseguendo con accuratezza tutte le scansioni, si evidenziava a livello polare

una formazione cavitaria del diametro di 49 mm anecogena con parete regolare. Al suo interno si evidenziava contenuto corpuscolato in sede declive (*figura 1*). Essendo fortemente sospetto un ematoma splenico da iperflessione della XII costa, veniva consigliato accesso urgente in PS per approfondimento diagnostico.

La paziente si recava presso il PS del Policlinico di Bari ove, portati in visione i fotogrammi ecografici effettuati in ambulatorio dal curante, veniva sottoposta a TC addome e pelvi in regime di urgenza con e senza mdc. Alla TC la milza appariva nei limiti per dimensioni ed emergeva in prossimità del polo

FIGURA 1



*Formazione cavitaria evidenziata durante la prima esplorazione ecografica*

superiore una cisti subcapsulare del diametro di 5 cm x 3 cm e piccola milza accessoria perisplenica. Non sono state riscontrate altre alterazioni a carico dei restanti organi parenchimatosi. Veniva pertanto posta diagnosi radiologica di cisti congenita le cui dimensioni non erano tali da valutarne l'asportazione chirurgica.

Evidenziata la natura benigna della lesione, ed in considerazione della storia anamnestica, la paziente veniva dimessa con indicazione a follow-up ecografico con cadenza bi-settimanale.

Tali controlli venivano eseguiti per circa due mesi e mensilmente. Le caratteristiche ecografiche sono rimaste stabili nel tempo per forma, volume ed ecostruttura. La sintomatologia algica riferita di notevole entità dalla paziente, è regredita solo dopo tre settimane, confermando quindi l'ipotesi di infrazione della XII costa sinistra che avrebbe accidentalmente permesso di scoprire una cisti congenita del polo superiore splenico.

### ► Conclusioni

Accanto ai comuni strumenti medici diagnostici quali stetoscopio, sfigmomanometro, otoscopio, ecc, risulta indispensabile l'ecografo nello studio di MG, al fine di rendere le varie fasi della visita ambulatoriale più accurate e complete. Nel nostro caso, durante il primo iter diagnostico effettuato in PS non era stata posta adeguata attenzione alle indagini sulla milza.

Il Mmg, dopo una attenta raccolta di dati anamnestici e accurato esame obiettivo, ha potuto dirimere, con l'utilizzo di una sonda ecografica, sospetti diagnostici successivamente confermati. Attraverso l'esplorazione ecografica si è potuto scoprire, accidentalmente, una pa-

tologia congenita potenzialmente insidiosa in caso di patologia traumatica della milza che avrebbe potuto avere una prognosi meno fausta. L'ecografia a completamento dei classici quattro tempi dell'esame obiettivo formati da ispezione, palpazione, percussione, auscultazione, può concretamente rivoluzionare il lavoro del Mmg. Questa tecnica risulta molto sensibile, poco costosa e non invasiva. Si può in poco tempo e nel proprio ambulatorio raggiungere diagnosi di certezza, ovvero indirizzare rapidamente il paziente verso una corretta gestione diagnostico-terapeutica. Si rende più che mai opportuno ed efficace l'utilizzo dell'ecografia in MG ad integrazione del tradizionale esame obiettivo come quinto tempo fondamentale per rendere più brevi i tempi per una corretta gestione dei pazienti.

### APPROFONDIMENTO

Per il dolore addominale e per le patologie addominali in generale è provato che l'indagine ad ultrasuoni (US) effettuata dal Mmg può determinare un minor ricorso improprio alle strutture ospedaliere, nonché positivi effetti sull'esito delle cure. Nell'analisi ecografica dell'addome, la cui dolorabilità rappresenta una delle prime cause di accesso allo studio del Mmg e al PS, è stato accertato che l'esecuzione da parte Mmg è di notevole validità diagnostica e determina favorevoli conseguenze nella gestione del paziente.

### ► Anatomia e semeiotica ecografica

Lo studio ecografico della milza viene condotto per valutarne forma, ecostruttura, volume, vascolarizzazione, presenza di alterazioni

focali o di raccolte liquide.

L'organo presenta forma semilunare, con echi fini e omogenei. Si osserva il profilo ecogeno dell'emidiaframma sinistro, il polo renale superiore, il gas della flessura colica sinistra perispleniche. L'utilizzo della milza come finestra acustica permette inoltre di valutare la coda del pancreas, il polo superiore del rene sinistro o espansi del surrene sinistro. Inoltre lo studio della milza può essere facilitato dalla finestra acustica fornita dal lobo sinistro epatico. Punti di repere per la visualizzazione della milza sono l'emidiaframma di sinistra, il polo superiore del rene sinistro e il decorso dei vasi splenici ed in particolar modo la vena splenica.

Il normale parenchima splenico presenta un'ecostruttura diastolica. Il color Doppler consente una migliore valutazione dell'albero vascolare venoso splenico e perisplenico (ad esempio varici perispleniche o trombosi dell'asse spleno-portale).

All'ecografia con mdc di seconda generazione (SonoVueR) il parenchima splenico ha una fase di enhancement di durata maggiore rispetto al fegato. In fase arteriosa (25 sec) si rende visibile un pattern disomogeneo dovuto alla vascolarizzazione caratteristica; in fase venosa (da 25 a 50 sec) il pattern diventa omogeneo e questa fase risulta utile nello studio di lesioni focali o traumatiche (infarti e rotture).

*Per la lettura completa dell'articolo vi invitiamo a scaricare il PDF integrale.*



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

# Covid-19: paura del vaccino e fobia

*Dal punto di vista strettamente clinico si possono descrivere quadri clinici di natura fobica associati alla paura della vaccinazione, indipendenti da costrutti cognitivi distorti. Il Mmg che meglio conosce il paziente, adottando un atteggiamento assertivo e accogliente, può cercare di instaurare una comunicazione efficace e riuscire meglio di altri a cogliere il momento opportuno per convincerlo a vaccinarsi*

**Ferdinando Pellegrino**  
Psichiatra, psicoterapeuta  
Salerno

**N**o vax: una moda? Una tendenza? Disinformazione? Manipolazione politica? Ignoranza?

Se ne parla tanto, sicuramente troppo, con il pericolo di enfatizzare un fenomeno non del tutto chiaro, in un contesto emergenziale di eccezionale gravità.

Senza entrare nel merito di questioni sociali o politiche, dal punto di vista strettamente clinico possiamo descrivere quadri clinici di natura fobica associati alla paura della vaccinazione, indipendenti da costrutti cognitivi distorti (tabella 1).

## ► Esempi in pratica clinica

■ Elsa viene allo studio accompagnata dal figlio per disturbi dello spettro ansioso, presenta deficit cognitivi minimi; ha 74 anni, vive da sola, anche se i suoi 4 figli abitano nelle vicinanze della sua abitazione. È ipertesa, obesa e diabetica, con una disfunzione tiroidea in trattamento da molti anni e una gastrite cronica; manifesta polialgie diffuse per una grave forma di artrosi, tanto da dover assumere spesso analgesici; dorme poco ma durante la giornata riesce a soddisfare in autonomia tutte le esigenze della casa.

Del vaccino non ne vuole sapere, è terrorizzata dall'idea di doversi vaccinare, piuttosto è disposta a non vedere neanche più i suoi figli; alla sola idea di vaccinarsi va in ansia, diventa irrequieta ed irritabile, soprattutto con i figli.

Non fornisce alcuna motivazione

plausibile rispetto al suo comportamento, semplicemente "ha paura" ed evita qualsiasi situazione che possa sollecitare l'argomento, come ad esempio ascoltare programmi televisivi e informazioni sul vaccino.

■ Non è il primo caso che osservo, emblematico anche quello di Concetta, sposata e con due figli, un'insegnante di sostegno che viene al mio studio chiedendo una certificazione liberatoria rispetto al vaccino. Anche il suo non è un atteggiamento da "no vax", è semplicemente terrorizzata dall'idea del vaccino ed evita sistematicamente tutto ciò che glielo ricorda. Non fornisce alcuna motivazione rispetto a questo assunto, disposta anche ad accettare di rimanere a casa e senza lavoro per tutto il tempo necessario piuttosto che vaccinarsi.

## ► Quadri clinici di natura fobica

Nella realtà clinica i quadri clinici di natura fobica sono molto frequenti ed afferiscono all'ampio capitolo dei disturbi d'ansia; in particolare esiste la cosiddetta "fobia specifica" caratterizzata da:

- paura o ansia verso un oggetto o situazioni specifiche (come ricevere un'iniezione o vedere il sangue)
- presenza di una reazione di paura ed ansia rispetto all'oggetto fobico
- sistematica presenza di una condotta di evitamento rispetto all'oggetto fobico, o se si viene a

TABELLA 1

**Gli errori della ragione**

La razionalità è la migliore barriera contro l'errore, fungendo da filtro tra il reale e l'immaginario, tra il soggettivo e l'oggettivo: partendo da elementi concreti tende ad astrarre, a creare "costrutti" logici e sostenibili. Ne verifica poi la validità, tende ad essere critica e aperta, verifica se ciò che "sostiene" è compatibile con i dati e con le "verità" disponibili.

La *razionalità critica* - correttrice - cerca di comprendere la natura della realtà, valutare l'errore insito in ogni costrutto teorico, verificare le credenze e le dottrine.

Quando ciò non avviene in modo corretto - come accade per i no-vax - ci si trova di fronte al processo di *razionalizzazione*: qui l'individuo si crede razionale perché costruisce un sistema logico "chiuso", fondato sulla deduzione o sull'induzione, attingendo a dati parziali, mutilati o falsi, chiudendosi alla contestazione degli argomenti e alla verifica empirica.

contatto con esso, l'ansia e la paura si acquiscono fortemente

- presenza di una evidente condizione di ansia o paura del tutto sproporzionata rispetto al reale pericolo rappresentato dall'oggetto fobico.

Si tratta di un quadro clinico persistente e che tende a compromettere il funzionamento globale del soggetto, naturalmente in rapporto alla natura dell'oggetto fobico e dalle conseguenze che derivano dall'assumere le relative condotte di evitamento: un conto è avere paura di prendere l'ascensore - per cui si può salire a piedi - altro è avere paura di vaccinarsi!

La fobia semplice, così come descritta, non è associata ad altri disturbi mentali e può essere ben definita segnalando lo stimolo fobico che la genera, come ad esempio un animale (ragni, insetti...), un determinato ambiente, un evento naturale (paura dell'altezza, dei temporali...) o qualun-

que altra situazione particolare (paura del sangue, degli aghi...). Alcuni soggetti possono avere una sensibilità nei confronti di diversi stimoli fobici, questa condizione determina una maggiore compromissione della funzionalità globale della persona, data la necessità di mettere in atto comportamenti di evitamento più complessi.

Certamente la molteplicità di opinioni che si susseguono quotidianamente sui vaccini, la messa in rete di informazioni pseudoscientifiche o, comunque, di informazioni che, anche se supportate da dati scientifici corretti, richiedono per la loro comprensione un adeguato livello culturale sulla specificità delle argomentazioni trattate, non fanno altro che innalzare il livello di ansia nella popolazione generale.

In realtà, in un momento emergenziale di grande incertezza e paura per il futuro, l'assunzione di atteggiamenti difensivi (ad

esempio dare una lettura del tutto negativa sulla vaccinazione da parte di certe persone) è sufficiente ad innalzare il livello di paura, slatentizzando, in soggetti vulnerabili, disturbi mentali come le fobie.

**► Che fare?**

Dal punto di vista terapeutico, formulata la diagnosi di fobia specifica, ci si avvale sia di un trattamento farmacologico con l'utilizzo di antidepressivi, sia di una psicoterapia con l'utilizzo di specifiche tecniche psicologiche; tuttavia accade spesso che l'accettazione del trattamento non sia scontata, così come non sia condivisa la richiesta di una visita psichiatrica, che di solito avviene per altri disturbi, e anche i risultati non sono soddisfacenti.

Il medico di famiglia, che meglio conosce il paziente, adottando un atteggiamento assertivo e accogliente, può cercare di instaurare una comunicazione efficace e può riuscire meglio di altri a cogliere il momento opportuno per convincere il paziente a vaccinarsi; occorre evitare inutili discussioni e tentativi di convincimento sul piano razionale: l'unico approccio, in questi casi, è di natura relazionale-emozionale.

**Letture**

- Pellegrino F. La salute mentale, clinica e trattamento. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2018
- Edgard Morin, I sette saperi necessari all'educazione del futuro. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001

# Ipotensione e malattia di Addison

Nella grande maggioranza dei pazienti, la causa dell'ipotesione sintomatica e posturale è una situazionale innocua. Ma è importante prendere in considerazione, come nel case report descritto, condizioni di base significative, come la malattia di Addison

**U**na paziente di 52 anni in menopausa, da circa 3 mesi presenta astenia, adenodia, mal di testa e vertigini occasionali. Riferisce di aver avuto occasionali disagi addominali, anoressia moderata e minima perdita di peso intermittente a causa della nausea. All'anamnesi nulla da segnalare, segue una dieta equilibrata e non assume farmaci con regolarità.

## ▶ Visite ambulatoriali e workup

Alla visita nulla di significativo: PA 124/74 mmHg, FC 66 bpm, BMI 22 kg/m<sup>2</sup>, assenza di gozzo apparente, pelle dall'aspetto normale; auscultazione toracica e addome nella norma. Assenza di debolezza focale alle membra, test di Romberg negativo; nulla da segnalare all'ispezione di orecchio, naso e gola; controllo dei nervi cranici nella norma.

*La sfida con tali presentazioni è che i sintomi siano vaghi e potrebbero essere una caratteristica delle fasi temporanee e auto-risolutive comuni nei pazienti senza una chiara condizione medica di base.*

Si richiedono dunque indagini ematochimiche (emocromo, ferritina, funzionalità epatica, renale, tiroidea, glicemia, VES e PCR).

• **Risultati:** test di funzionalità epatica leggermente fuori range così come il sodio (133 mmol/L); livelli di potassio leggermente aumentati (5,3 mmol/L). Tuttavia, un nuovo controllo della PA da seduta ha confermato un calo significativo da 120/72 mmHg a 92/60 mmHg, sebbene non ci fossero sintomi acuti, come le vertigini.

## ▶ Diagnosi e gestione

*La verifica della PA ha fatto emergere l'ipotesione posturale. Nella stragrande maggioranza dei pazienti, la causa dell'ipotesione cronicamente sintomatica e dell'ipotesione posturale è una situazionale innocua. Ma è importante prendere in considerazione condizioni di base significative, come la malattia di Addison, la malattia maligna allo stadio terminale o la neuropatia autonoma. Inoltre, una stretta revisione dei farmaci in corso può rivelare una ragione iatrogena.* In questa paziente, la combinazione di sintomi e risultati di alcuni disturbi elettrolitici ha supportato la possibilità della malattia di Addison o di un altro disturbo endocrinologico.

Si prescrivono ulteriori indagini. Per la malattia di Addison questi possono includere esami del sangue più dettagliati - ad esempio, ormone adrenocorticotropo (ACTH), livelli di cortisolo e renina, anticorpi corticosurrenali (segno tipico per l'adrenalite autoimmune) e possibilmente un test di stimolazione ACTH prolungato.

In effetti, la diagnosi della malattia di Addison è stata confermata nell'arco di poche settimane. Con la sostituzione degli steroidi per tutta la vita la prognosi è generalmente buona e non vi è alcun impatto sull'aspettativa di vita, mentre la malattia di Addison non trattata può essere fatale dopo una crisi surrenalica. Il paziente deve avere informazioni e istruzione sufficienti per riconoscere potenziali emergenze e portare con sé una "scheda steroidea". La malattia di Addison è associata ad una maggiore

incidenza di varie malattie autoimmuni, come il DT1, disturbi della tiroide e paratiroidi, anemia perniciose, insufficienza ovarica prematura, quindi richiede una vigilanza e sorveglianza regolare.

## ▶ Approfondimento

La malattia di Addison, o deficit corticosurrenale primario, è una conseguenza della distruzione della corteccia surrenale, il che significa che la produzione di glucocorticoidi, mineralcorticoidi e steroidi sessuali sono tutti interessati. In passato, la tubercolosi era una probabile causa principale, mentre ora l'adrenalite autoimmune rappresenta oltre l'80% dei casi. Cause molto meno comuni includono varie altre infezioni, rare anomalie surrenali congenite, infiltrazioni meccaniche, traumi surrenali e altri. Il tempo mediano tipico per la diagnosi corretta dopo l'insorgenza del primo sintomo è di circa due anni, a causa dei segni e sintomi iniziali spesso non specifici. In retrospettiva, questa paziente presentava molte delle possibili caratteristiche generali della malattia di Addison, come debolezza, sintomi gastrointestinali, affaticamento e adenodia. L'ipotesione posturale è stata un dettaglio importante durante la seconda visita e deve sempre essere considerata nei pazienti con sintomi vaghi come stanchezza e vertigini. Nella paziente erano assenti i segni cutanei caratteristici come l'iperpigmentazione, che secondo i dati di letteratura potrebbero essere assenti in circa il 10% dei pazienti.

• Fonte: [www.gponline.com](http://www.gponline.com)



# Stress ossidativo e vaccino a mRNA

Condotto nell'ambito della Medicina Generale, uno studio preliminare segnala che i vaccinati con vaccino a mRNA sembrerebbero non sviluppare stress ossidativo, mentre in pazienti con Covid-19 è stata rilevata una "tempesta ossidativa"

Lo studio preliminare condotto da **Antonella Cicale**, medico di famiglia di Quarto (NA) e segretaria di "Medici senza Carriere", in collaborazione con il Prof. **Antonio Del Prete** e il Dott. **Salvatore del Prete**, dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II", ha studiato la correlazione tra lo stress ossidativo e il vaccino anti-Covid a mRNA (Pfizer/BioNTech) all'inizio della campagna vaccinale nel 2021.

Il case report condotto nel setting della Medicina Generale ha avuto l'obiettivo di indagare il disagio ossidativo nei pazienti vaccinati per Sars COV-2 confrontando pazienti infetti dal virus. "I test effettuati su una piccola popolazione di sesso femminile hanno dimostrato che il vaccino essenzialmente non crea alcun disagio ossidativo a differenza di Sars COV-2 che invece genera una tempesta ossidativa, che, secondo i dati di letteratura,

precede la ben nota tempesta di citochine. Supponiamo che ciò sia dovuto alla diversa risposta indotta dal vaccino che stimola selettivamente i linfociti senza quindi stimolare l'attività dei macrofagi che viene invece attivata dal Covid-19" - spiega a **M.D. Antonella Cicale**.

## ► Case report

Tra il personale sanitario dell'ASL Napoli 2 Nord sono state arruolate 11 donne (*tabella 1*) di età tra 39 e 61 anni, suddivise in tre gruppi: 6 nel gruppo di studio vaccinale, 3 nel gruppo di controllo (post infezione Sars-cov2), 2 non appartenenti alle categorie precedenti. Nel gruppo di studio vaccinale il test delle d-ROMs e il PAT test sono stati effettuati al tempo 0 precedentemente alla prima dose del vaccino, dopo 20 giorni dal vaccino e a 10 giorni dalla seconda dose.

Nel secondo gruppo il test d-ROMs e il PAT test è stato analizzato al tempo 1 subito dopo l'infezione Sars-cov2 e al tempo 2 dopo 30 giorni dal tampone negativo.

Nel terzo gruppo, controllo, è stata analizzata la linea di base dei due test.

## ► Risultati e conclusioni

Nelle donne vaccinate le condizioni d-ROMs osservate al basale permangono mediamente costanti a 10 giorni dal vaccino e tendono a diminuire a 20 giorni dalla prima dose e a rimanere entro i valori di soglia a dieci giorni dalla seconda dose. Nelle pazienti Covid-19 al momento dell'espressione del patogeno è stato rilevato un au-

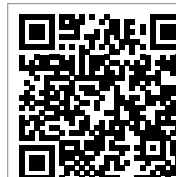
mento di d-ROMs e PAT test a testimonianza del processo infiammatorio (tempesta ossidativa).

Dunque le persone vaccinate con prima e seconda dose sembrerebbero non sviluppare stress ossidativo durante la vaccinazione. Ciò potrebbe essere giustificato dal tipo diverso di stimolazione immunitaria che si verifica tra il patogeno e il vaccino a mRNA, poiché quest'ultimo crea un tipo di set di risposta principalmente sui linfociti T. Ovviamente il gruppo di soggetti arruolati è limitato ed è auspicabile un ulteriore approfondimento per rafforzare i risultati della ricerca. (P.L.)

## BIBLIOGRAFIA

- Cicale AMI, Prete SD, Prete AD. Case report: preliminary study on expression of oxidative distress in vaccinated patients with anti Sars Cov-2 Vaccine Bnt162b. *J Med - Clin Res & Rev* 2021; 5(10): 1-3.

"Medici senza Carriere" è una associazione di medici di famiglia e di continuità assistenziale. Da un triennio si occupa delle criticità della MG, come per esempio le inappropriate incombenze che stanno inducendo i medici di famiglia a trascurare i propri pazienti con patologie croniche, compresi i pazienti complessi, ed è in prima linea per la trasparenza delle graduatorie in ambito nazionale, vincendo alcune battaglie.  
[www.facebook.com/medicisenzacarriere](http://www.facebook.com/medicisenzacarriere)



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

TABELLA 1

### Anamnesi all'arruolamento

N/età	Anamnesi
<b>Donne vaccinate</b>	
1/39	Assenza di patologie significative
1/45	Liken sclerosante da 25 aa, fumo dai 20 ai 42 anni
3/48	Bypass gastrico, forte fumatrice
4/47	Ipertensione, artrite reattiva
5/61	DT2, menopausa
6/44	Menopausa
<b>Donne con post infezione Sars-cov2</b>	
2/22-27	Assenza di patologie significative
1/52	Menopausa

# Polmonite da *Legionella pneumophila*

In epoca pre-Covid nella bassa pianura a sud di Brescia è avvenuta una grave epidemia comunitaria di polmoniti da *Legionella pneumophila* di sierotipi 1-2-14 - evento unico al mondo - con un numero considerevole di ricoveri e indice di mortalità elevata. È stata una situazione anomala allarmante, espressione del malessere ambientale e di degrado di questa area geografica

**Sergio Perini**

*Medico di medicina generale, Carpenedolo (BS) - ISDE (International Society Doctors Environment)*

**A**d inizio settembre 2018 nella bassa Pianura Padana a sud di Brescia è avvenuto una grave epidemia di polmonite da *Legionella pneumophila* che ha coinvolto in particolare 7 Comuni (Montichiari, Carpenedolo, Visano, Remedello, Acquafredda, Isorella, Calvisano).

Nel territorio di competenza di ATS Brescia e Valpadana (MN) sono stati segnalati 878 casi di polmoniti comunitaria di cui 64 sono stati individuati come legionellosi sierotipo 1 con ricerca di antigeni urinari, anticorpi ematici (IgM e IgG).

Dall'analisi della letteratura scientifica non è mai stata descritta un'epidemia comunitaria causata da sierogruppi di *Legionella p.* diversi dal tipo 1. In Italia si sono verificati cluster di legionellosi in ambito ospedaliero dovuti ad esempio a sierogruppo 6 e in letteratura ne sono stati descritti altri causati da altri sierogruppi, ma sempre in ambito nosocomiale.

## ► Materiali e metodi

Lavoro come Mmg in Carpenedolo (BS), uno dei 7 Comuni della bassa bresciana coinvolti in questa epidemia di polmonite. Ho affrontato questa emergenza sanitaria seguendo con attenzione sia gli eventi sanitari dei miei pazienti (15

casi di polmonite su 1.600 pazienti) sia le varie fasi dell'emergenza sanitaria di tutta l'area gestita dall'ATS di Brescia.

## ► Risultati

Grazie ad esami di biologia molecolare con PCR eseguiti dall'ISS sul 90% dei campioni sia autoptici sia ambientali si è osservata la presenza dei sierotipi 1 ma anche dei più rari sierotipi 2 e 14 di *Legionella pneumophila*. Questo è stato un dato anomalo nella considerazione che in Italia il 90% delle polmoniti da legionella è dovuto al sierotipo 1.

L'altra anomalia è, al contrario di quanto avvenuto nel passato in Italia e nel mondo, il coinvolgimento di una vasta area geografica (e non di una singola struttura) lungo l'asta del fiume Chiese con 34 positività su 533 campioni esaminati presso abitazioni private, strutture sportive, torri di raffreddamento di 3 aziende e nello stesso fiume Chiese: 5 positività del sierotipo 1, 24 positività dei sierotipi 2 e 14, 5 positività dei sierotipi 1-2-14. Anche nel territorio di tutta l'ATS di Brescia sono state fatte ricerche della presenza di *Legionella* con 117 positività su 1.064 campioni: 47 positività del sierotipo 1, 57 positività del sierotipo 2 e 14 e 12 posi-

tività dei sierotipi 1-2-14.

Questa epidemia di polmonite da *Legionella p.* tipo 1-2-14 nella bassa bresciana orientale è considerato dallo stesso ISS un evento unico al mondo.

A fronte dei 878 casi di polmonite diagnosticati in PS ci sono stati 655 ricoveri con età media 63.5 anni di cui 39.6% inferiore 60 anni e il 38.3% >75 anni.

Altro elemento indicativo è il confronto del tasso di incidenza di polmoniti nell'ATS nel 2017=51/100.000 e nel 2018=66/100.000 a fronte dei seguenti tassi di incidenza dei 7 Comuni interessati:

- Acquafredda: 1.027/100.000
- Visano: 672/100.000
- Remedello: 637/100.000
- Calvisano: 469/100.000
- Carpenedolo: 423/100.000
- Isorella: 345/100.000
- Montichiari: 269/100.000

L'indice del tasso di mortalità dei 7 Comuni dell'area interessata ha una significanza importante con un  $p < 0,0001$ , segno indiscutibile della pericolosità per l'uomo di questo tipo di malattia infettiva.

## ► Discussione

Per quanto concerne il fiume Chiese è da rilevare la bassa portata d'acqua dell'estate 2018 per lo sfruttamento dell'acqua sia per le

22 centrali idroelettriche presenti lungo il suo decorso, da Daone (TN) a Acquanegra (MN) attraversando 24 Comuni per un totale di 148.606 abitanti, sia per l'enorme prelievo di acqua da parte degli agricoltori. Si sottolinea che il 16/8/2018 il Consorzio Bonifica del Chiese ha segnalato all'AIPO (Agenzia Interregionale fiume Po) e alla Prefettura di Brescia la criticità del flusso minimo vitale del fiume.

Circa le torri di raffreddamento delle industrie, si rileva la mancanza della loro mappatura da parte di Regione e Comuni e la presenza di solo linee guida emanate dal Ministero della Salute nel 2015 ma non protocolli di legge. Ciò lascia troppa incertezza nella gestione e nella manutenzione periodica degli impianti medesimi.

Ulteriore elemento di riflessione rimane lo smaltimento abnorme di fanghi e gessi sulla campagna che circonda l'area agricola limitrofa all'alveo del fiume. La Regione Lombardia, nella considerazione della enorme produzione di reflui zootecnici da parte degli allevamenti di suini, bovini e polli, ha emanato, a fine 2018, una delibera che limita lo spandimento dei fanghi in 170 Comuni lombardi, ma questo non è stato sufficiente a bloccare lo spandimento dei gessi considerati degli ammendanti e che non sono altro che fanghi trasformati da acido solforico o carbonato di calcio, comunque, ricchi di metalli pesanti e sostanze chimiche che vanno ad alterare i terreni agricoli e le future produzioni agricole. Ciò è possibile per mancanza di norme giuridiche che regolino lo spandimento degli stessi gessi.

Nella bassa bresciana inoltre proliferano numerose aziende di smaltimento che ricevono fanghi di depurazione da 15 Regioni e anche

dall'estero per il grande business che ne consegue con uno spandimento di 364.000 tonnellate/anno. Si aggiunga che la bassa bresciana presenta una produzione abnorme di animali (1.500.000 suini, 400.000 bovini, 40 milioni di polli e tacchini) i cui reflui vengono sparsi dagli agricoltori sui terreni agricoli. Pur nella consapevolezza che vi sono degli operatori agricoli corretti che rispettano il PUA (Piano di Utilizzazione Agricola), rimane il dubbio che alcuni sversino i liquami sugli stessi terreni non rispettando il rapporto di 170 kg/azoto/ettaro/anno causando un impoverimento dei terreni e dei reflui nei canali che poi sversano nel fiume Chiese.

Alcune Amministrazioni comunali, più attente al problema fanghi e gessi, pur nelle more di una legislazione poco chiara, hanno emanato dei regolamenti comunali molto restrittivi rispetto allo spargimento degli stessi.

A tutto questo si aggiungono le diverse tipologie di discariche dei Comuni di Montichiari, Rezzato, Ghedi, Calcinato e Bedizzole riempite da 12 milioni di metri cubi di rifiuti tossico-nocivi provenienti da tutta Italia e dall'estero con centinaia di camion che movimentano queste sostanze giorno e notte. Ovviamente tutte autorizzate dalla Regione dopo i vari VIA (Valutazione Impatto Ambientale) e VAS (Valutazione Ambientale Strategica) senza considerare l'indice di pressione cumulativa e senza rispettare il principio di precauzione.

Si pone dunque la questione dei CER (Catalogo Europeo dei Rifiuti) che ogni Regione codifica classificando tutte le varie tipologie di rifiuti. Non si comprende come mai la Regione Lombardia ne autorizzi alcune centinaia mentre altre Re-

gioni italiane ne autorizzano molto meno. È evidente che maggiori sono i CER maggiore sarà la presenza di industrie che si propongono di sfruttare il business dei rifiuti. Ne consegue la grande responsabilità della politica regionale lombarda nel favorire questa attività, attraendo di fatto rifiuti da ogni parte d'Italia mentre logica vorrebbe che ogni Regione gestisse i fanghi sul proprio territorio.

### ► Riflessioni

Da quanto rilevato si evince come vi siano numerose responsabilità che chiamano in causa la politica, la sanità pubblica, il mondo industriale e agricolo nella gestione di un territorio che continua a mandare segni di sofferenza e che si riflette sulla salute di uomini, animali e mondo vegetale. Il rischio è che nei prossimi anni la situazione possa peggiorare in maniera esponenziale alterando in modo irreversibile la nostra terra comune la cui gestione dipende dalla coscienza di tutti noi. Si auspica un cambiamento di rotta ad una economia che ha raggiunto dei limiti che non può più tollerare.

In Provincia di Brescia peraltro esistono innumerevoli comitati e associazioni che da anni lanciano gridi di allarme spesso inascoltati colpevolmente per il condizionamento dei poteri forti. Noi uomini siamo solo di passaggio su questa terra e abbiamo l'obbligo morale di lasciare integra alle generazioni future questa terra che ci accomuna.



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

# Acufeni e vertigini: ruolo dell'agopuntura

Uno dei maggiori campi di applicazione dell'agopuntura è la clinica otorinolaringoiatrica, dove il medico si trova di fronte molti disturbi atipici della testa e del collo che non hanno un preciso inquadramento nosologico

**Cecilia Lucenti** - Medico agopuntore, Presidente AMI - Associazione Agopuntura Medica Integrata

L'agopuntura è un saper fare che consente di risolvere situazioni cliniche complesse che non vedono nel trattamento tradizionale una terapia soddisfacente. Uno dei maggiori campi di applicazione è la clinica otorinolaringoiatrica, dove il medico si trova di fronte moltissimi disturbi atipici della testa e del collo che non hanno un preciso inquadramento nosologico: distonie, *tic facciali*, disfagia, scialorrea o xerostomia, nevralgie, vertigini e acufeni. È proprio qui che l'agopuntura riporta i suoi maggiori successi in termini di beneficio dei pazienti e dovrebbe essere uno dei maggiori campi di applicazione per una diminuzione della spesa sanitaria e della sofferenza. L'agopuntura è estremamente efficace nel prevenire le infezioni ricorrenti del tratto respiratorio, la sinusite e molti disturbi legati alla secrezione mucosa sia di natura immunitaria che funzionale. Il suo utilizzo è prezioso per diminuire il ricorso a lunghe terapie antibiotiche che spesso non migliorano la prognosi complessiva ma innescano pericolosi fenomeni di farmacoresistenza.

## ► Vertigini

Per quanto riguarda le vertigini l'agopuntura ha una estrema efficacia e riesce a migliorare spesso in modo definitivo la patologia con un beneficio sensibile e stabile nel tempo. Questo perché interviene su diversi meccanismi propriocettivi, sia nella zona del

collo che a livello delle fibre sensitive distali, nonché migliora la regolazione vascolare delle aree della base cranica, creando le condizioni per una miglior integrazione delle informazioni.

Per questo gli effetti del trattamento sono così ben visibili ed apprezzati dai medici e dai pazienti. Data l'efficacia è molto importante inserirla in modo precoce nel percorso clinico, soprattutto nell'anziano dove i disturbi dell'equilibrio si associano ad un maggior rischio di caduta e di declino cognitivo. Gli studi presenti in letteratura sono moltissimi, anche in fase acuta e nell'emergenza e sintetizzano l'esperienza clinica di grande efficacia anche nelle forme più gravi post-ischemiche e nella sindrome di Ménière dove l'agopuntura rappresenta una risorsa terapeutica irrinunciabile e, per questo, sarebbe indispensabile inserirla nei percorsi clinici ospedalieri per affiancare una terapia corrente non ancora soddisfacente per i pazienti.

## ► Acufeni

Per quanto riguarda gli acufeni il discorso è più complesso e sebbene anche gli specialisti la consiglino, perché sembra avere efficacia clinica, non ci sono dati che lo confermino in letteratura. Data l'estrema variabilità della patogenesi è difficile individuare i pazienti che avranno maggior beneficio dal trattamento ma, in generale, si assiste ad un miglioramento più marcato nelle forme lievi e intermittenti, in quelle associate a disturbi posturali

e miotensivi, nelle forme vascolari, negli acufeni dell'anziano, in quelli associati a sordità o la sindrome di Ménière, dove è in grado di migliorare sensibilmente il disturbo.

Esistono molte forme, spesso quelle più gravi, dove non si osservano modifiche dell'acufene, anche se molti studi sottolineano come si ottengano comunque benefici sulla qualità del sonno e sullo stato dell'umore. Data la gravità della patologia e l'assenza di altre risorse terapeutiche, è un tentativo che deve essere fatto, ove possibile, precocemente all'interno del percorso clinico, per evitare il consolidamento della sintomatologia e poterla associare con profitto alle altre terapie. Anche la medicina occidentale ricorre sempre di più a device che interferiscono con la propriocezione della zona mastoidea, determinando una diminuzione della sintomatologia; l'agopuntura sfrutta questo stesso meccanismo aggiungendo un'attività specifica sul flusso cerebrale arterovenoso e sulla modulazione dell'infiammazione cerebrale. Alcune specifiche tecniche di agopuntura sviluppate nel dopoguerra come la Craniopuntura e la Neuro-Auricoloterapia di scuola francese, dimostrano una miglior efficacia anche se la patologia resta di difficile trattamento. Mai come nella clinica otorinolaringoiatrica la perizia tecnica del medico che effettua l'agopuntura è importante ai fini del risultato clinico.

Bibliografia disponibile a richiesta



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



## IL PUNTO SU LATTOFERRINA E INFEZIONI VIRALI



## ACIDO LIPOICO AD ALTE DOSI NEL DOLORE IDIOPATICO



## MELANOMA, IMMUNOTERAPIA E FIBRE



## USO INAPPROPRIATO DI INTEGRATORI NELLO SPORT

## Il punto su lattoferrina e infezioni virali

*Una review chiarisce il ruolo delle proteine del siero di latte e sulla loro attività antivirale*

Le proteine del siero di latte stanno incontrando l'interesse di molti ricercatori per le numerose proprietà biologiche intrinseche, a partire da quelle antimicrobiche. Negli ultimi due anni, poi, si registra un gran fermento intorno alla lattoferrina, poiché studi *in vitro* ne hanno dimostrato un'importante attività antivirale contro Sars-CoV-2.

**Giovanni Antonini**, Ordinario di Biologia molecolare all'Università Roma Tre, Presidente dell'Istituto nazionale biostrutture e biosistemi (Inbb), tra gli Autori di una recente *review* (*J Funct Foods* 2022) fa il punto sul tema.

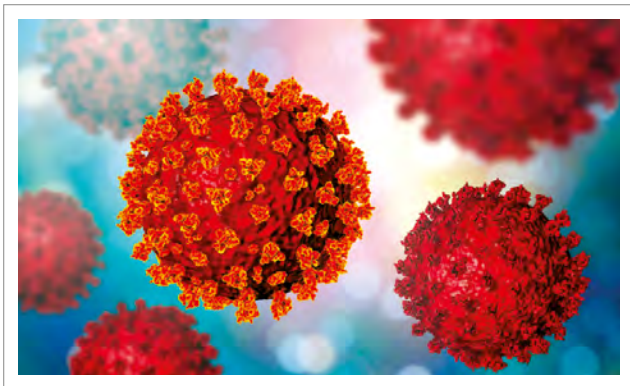
### ► Attività antivirale

La lattoferrina è stata la proteina più studiata sotto questo aspetto. Tuttavia anche altre proteine del siero di latte intervengono nella cosiddetta immunità naturale o immunità innata, cioè nella protezione fornita al lattante dalla madre attraverso il latte. Occorre citare il lisozima che, oltre ad avere attività antibatterica, ha dimostrato *in vitro* di avere

anche attività antivirale. Anche la  $\beta$ -lactoglobulina e la lattoperossidasi, hanno mostrato *in vitro* attività antivirale e, in particolare, anti Sars-CoV-2.

### ► Meccanismi d'azione

Il principale meccanismo di azione viene fatto risalire a una interferenza della proteina del siero di latte sull'attacco del virus alle cellule bersaglio dell'ospite. Tale interferenza può essere più o meno specifica e diretta verso le strutture lipoproteiche o glicoproteiche del virus e/o della cellula ospite. In alcuni casi è stato dimostrato un legame forte, anche se poco specifico, basato su una interazione elettrostatica, mentre, in altri, è stato evidenziato un legame abbastanza specifico a opera di determinati domini strutturali presenti sulla superficie delle proteine del siero di latte. Inoltre, per la lattoferrina, sono stati ipotizzati anche altri due meccanismi d'azione che prevedono sia la stimolazione della produzione di interferone che inibisce la replicazio-



ne virale, che l'inibizione della Catepsina-L, proteasi fondamentale per il rilascio di Sars-CoV-2 dall'endosoma della cellula ospite.

#### ► Covid-19

*In vitro* la lattoferrina esercita un'azione antivirale contro numerosi virus e anche contro Sars-CoV-2. Tuttavia, i dati clinici ancora non sono conclusivi in quanto, da una parte, difficilmente la lattoferrina intatta può raggiungere *in*

vivo i siti di ingresso del virus nella cellula ospite e, dall'altra, gli studi clinici sono generalmente in aperto, retrospettivi e con pochi pazienti. Per poter esattamente quantificare il grado di protezione occorrerebbero studi prospettici, randomizzati, in doppio cieco su molti pazienti e multicentrici: è facile comprendere come tale sperimentazione clinica sia difficile da svolgersi in presenza di una malattia che ha un alto indice di pericolosità quale il Covid-19.

#### ► Conclusione

Le proteine del latte, in particolare la lattoferrina, assunte per via orale o veicolate con vettori lipidici, hanno un grande vantaggio: salvo allergie, sono innocue e possono fornire una limitata protezione da "immunità naturale" anche in soggetti adulti, particolarmente a carico del tratto gastrointestinale che può rappresentare una porta di ingresso del virus Sars-CoV-2. Tuttavia, allo stato attuale, devono essere considerate come "adiuvanti" e solo aggiuntive rispetto alla fondamentale prevenzione, ai vaccini e ai protocolli delle terapie anti Sars-CoV-2.

## Acido lipoico ad alte dosi nel dolore idiopatico

*In uno studio italiano confermate efficacia e sicurezza dell'acido alfa lipoico ad alte dosi*

■ Dallo scorso anno la Commissione europea ha posto vincoli di sicurezza all'impiego dell'acido alfa lipoico (Ala) ad alte dosi negli integratori. La decisione ha diviso gli scienziati. Un contributo al dibattito viene da uno studio italiano, coordinato da **Maria Daglia**, Chimica degli alimenti, Università Federico II di Napoli che ha sondato efficacia e sicurezza di Ala nella gestione del dolore idiopatico (*Biomedicine & Pharmacotherapy* 2021; 144: 112308).

#### ► Lo studio

Nel trial clinico monocentrico, randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo, della durata di sei mesi, sono stati reclutati 210 soggetti normoglicemici affetti da dolore idiopatico, che necessitavano di un trattamento del dolore alternativo agli antidolorifici. I partecipanti sono stati divisi in tre gruppi (n= 70): G1, 800 mg/die di Ala; G2, 400 mg/die di Ala, placebo e sottoposti a due visite, una iniziale (T0) e una dopo due mesi (T1). Per quanto riguarda la sicurezza, è stata valutata la gli-

cemia plasmatica a digiuno in quanto l'acido lipoico nei soggetti iperglicemici ha un effetto ipoglicemizzante, e quindi si è voluto valutare se la sua assunzione in soggetti normoglicemici potesse causare ipoglicemia. Sono state monitorate le funzionalità epatica e renale valutando i livelli di creatinina, ALT e AST. Per quanto riguarda l'efficacia, sono stati somministrati due que-



stonari: la scala numerica per la valutazione del dolore, Nrs, e la scala visiva analogica, Vas.

### ► Risultati

**Sicurezza:** non è stata trovata alcuna variazione significativa della glicemia a digiuno fra i due tempi nei diversi gruppi. Le attività renale ed epatica sono rimaste invariate. Durante i due mesi, nessun soggetto ha riportato effetti collaterali dovuti alla somministrazione di Ala.

**Efficacia:** le due variabili risposta Nrs e Vas diminuiscono da T0 a T1 in modo statisticamente significativo nei gruppi G1 e G2, mentre nel gruppo placebo non sono state registrate differenze statisticamente significative.

### ► Conclusioni

In assenza di diagnosi, come avviene nel caso del dolore idiopatico, l'assunzione di Ala come integratore alimentare può essere considerata una alternativa per il trattamento del dolore.

Poiché questi risultati vanno ad aggiungersi a quelli di numerosi studi clinici, revisioni de metanalisi che testimoniano nell'uomo la sicurezza dell'acido lipoico alle dosi impiegate negli integratori alimentari, tali risultati sicuramente possano aggiungere elementi al dibattito in corso in quanto dimostrano la sicurezza dell'acido lipoico sia alla dose di 400mg/die sia a quella di 800mg/die.

## Melanoma, immunoterapia e fibre

*Una dieta ricca in fibre migliora la risposta all'immunoterapia nei pazienti con melanoma*

■ Una ricerca ha indagato dati clinici e sperimentali sugli effetti che una dieta ricca in fibre piuttosto che l'impiego di probiotici possono avere sul tempo di progressione della malattia in pazienti con melanoma trattati con inibitori dei checkpoint immunitari, in particolare gli anti Pd-1 che stimolano i linfociti T ad attaccare le cellule tumorali, che hanno rivoluzionato la terapia del melanoma, migliorando anche di anni la sopravvivenza di pazienti con malattia avanzata. In molti casi, però, si rivela inefficace e diversi studi hanno suggerito un ruolo dei batteri intestinali nell'influenzare la risposta clinica (*Science* 2021; 374: 1632-40).

I ricercatori hanno preso in esame diversi indicatori nelle persone in terapia, dal microbiota fecale, alle abitudini alimentari, all'impiego di probiotici. Tra i 128 pazienti di cui era nota l'assunzione di fibre alimentari, quelli che hanno riferito di consumarne almeno 20 g/die, quantità ritenuta dai ricercatori sufficiente allo scopo, hanno fatto registrare la sopravvivenza maggiore, con una riduzione progressiva del 30% del rischio di ripresa della malattia ogni 5 g in più di fibre giornaliere consumate.

Contemporaneamente, i ricercatori sono andati a misurare in modelli murini di melanoma l'effetto delle fibre sulla risposta al trattamento con anti-PD-1, verificando così come una ricca di fibre determinasse un rallentamento nella crescita del tumore dopo il trattamento, rispetto a quanto osservato in topi trattati con una dieta povera di fibre. Hanno poi ripetuto gli esperimenti su to-

pi germ-free, osservando che la dieta non aveva alcuna influenza sulla risposta all'immunoterapia, segno evidente che l'effetto si può ottenere solo modificando una microflora già presente.

“Una delle possibili spiegazioni sta sicuramente nel fatto che la fibra aumenta a livello intestinale la presenza di specie batteriche, come le *Ruminococcaceae*, che sono forti produttori di acidi grassi a catena corta con effetto antitumorale”, afferma **Giorgio Trinchieri**, direttore del Laboratory of integrative cancer immunology al Nci e tra gli Autori dello studio. “I nostri risultati confermano che il microbiota intestinale è in grado di influenzare la risposta all'immunoterapia e che una dieta ricca di fibre potrebbe migliorare gli esiti delle cure”.



## Uso inappropriato di integratori nello sport

Con uno statement i cardiologi europei invitano gli atleti alla cautela e alla corretta informazione

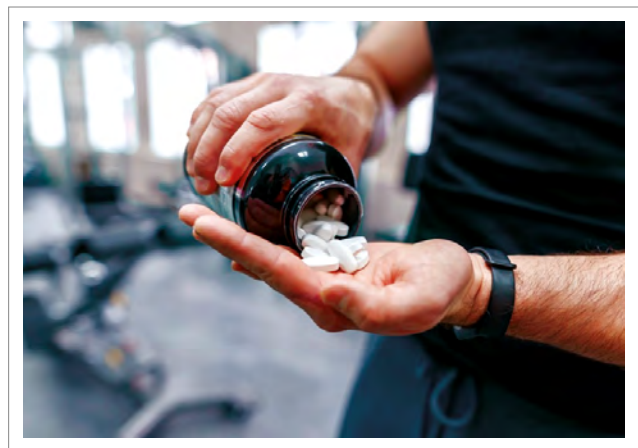
■ Occhio ai rischi cardiovascolari con l'uso inappropriato di integratori per migliorare le prestazioni atletiche degli sportivi. Il monito giunge dalla Società europea di cardiologia (Esc) attraverso uno statement (*Eur J Prev Cardiol* 2022). Nel mondo sportivo, gli integratori alimentari vengono comunemente considerati come sostanze prive di rischi in grado di migliorare le prestazioni. Alcune sostanze, invece, possono rappresentare un pericolo per la salute, oltre che far rischiare agli atleti di contravvenire alle regole antidoping. Spesso, chi ne fa uso, non è a conoscenza né degli effetti sulle prestazioni né di quelli sulla salute, mentre è necessaria una cultura adeguata, da formarsi sin dalla giovane età.

Da queste premesse, quattro avvertenze chiave da parte dei cardiologi rivolte agli sportivi: una sostanza naturale non è necessariamente una sostanza sicura; utilizzare prodotti di aziende qualificate con noti standard di qualità; l'atleta è personalmente responsabile di ciò che consuma; la legge non ammette ignoranza in relazione a un test antidoping positivo.

Il documento pubblicato raccoglie le evidenze degli effetti cardiovascolari di un'ampia gamma di sostanze utilizzate per migliorare le prestazioni sportive, da quelle dopanti note, ai farmaci, agli integratori, fino a quelle sperimentali di più recente scoperta. Per doping si intende il ricorso a una sostanza o a pratiche mediche in grado di migliorarne le prestazioni ma potenzialmente pericolose per la salute degli atleti. Tra gli esempi citati, il rischio di morte con l'impiego di steroidi anabolizzanti superiore di 6-20 volte rispetto a quello degli atleti cosiddetti puliti, con ben il 30% dei casi dovuto a cause cardiovascolari. La Wada (World anti-doping agency) ha redatto un elenco di sostanze proibite, ma molte di quelle "nutrizionali" incluse negli integratori non sono riportate in quanto spesso sfuggono al mercato ufficiale. L'uso di integratori autorizzati da parte degli atleti va-

ria tra il 40% e il 100%, a seconda dello sport e del livello di competizione. Destinati a migliorare le prestazioni e a dare un vantaggio competitivo, quelli noti e riconosciuti includono caffeina, creatina, bevande/gel/barrette energetiche, succo di barbabietola e proteine.

"La caffeina è un classico esempio di sostanza naturale considerata sicura", dice **Paolo Emilio Adami**, Medical manager di World Athletics, tra gli Autori del documento Esc. "Sebbene migliori le prestazioni, in particolare la capacità aerobica negli sport di resistenza, il suo abuso può portare a tachicardia, aritmie, ipertensione e, in alcuni casi, morte cardiaca improvvisa. La logica del *più ce n'è meglio è*, applicata alla caffeina, può risultare in danni che superano i vantaggi in termini di prestazioni. L'Esc punta il dito sul fatto che molti atleti, in particolari quelli Top, "ignorano le raccomandazioni sui dosaggi e utilizzano più sostanze contemporaneamente, mentre dovrebbero avere maggiore consapevolezza del fatto che l'uso di integratori li espone al rischio di ingerire sostanze vietate poiché regolamentate come alimenti e non soggette ai rigorosi standard di sicurezza dei farmaci".



**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)