

M.D.

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

Anno XXVIII, numero 2 - 2021

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

IN QUESTO NUMERO

FOCUS ON 6

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: serve un new deal della sanità pubblica

PROFESSIONE 9

Vaccini a Rna inadatti ai medici di famiglia?

RICERCHE 30

Arteriopatia periferica degli arti inferiori in Medicina Generale

FARMACOLOGIA 34

Chemioterapia oncologica: cosa deve sapere il medico di famiglia



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



Giuseppe Gullace

Società Italiana Scienze Mediche - Sismed

La Medicina Territoriale e l'importanza delle strutture intermedie

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXVIII numero 2 marzo 2021

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

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Pubblicità

Teresa Premoli
Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia



RCP Minias

In questo numero

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
La Medicina Territoriale e l'importanza delle strutture intermedie 5
- **Focus on**
Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: serve un new deal della sanità pubblica 6
- **Professione**
Vaccini a Rna inadatti ai medici di famiglia? 9
- **Italia sanità**
Le sedi di guardia medica devono essere messe in sicurezza 10
- **Proposte**
Covid-19 e buona prassi per il Mmg, una guida pratica 11
- **Riflettori**
La Medicina è sempre più donna 12
- **Contrappunto**
Attenzione ai silos informatici, fanno male alla salute 14
- **Tribuna**
The Covid gate 15
- **Riflessioni**
 - Perplexità e dubbi di un Mmg sull'adesione alla campagna vaccinale anti Covid 20
 - Un virus che ci ha sconvolto la vita 21

AGGIORNAMENTI

- **Epidemiologia**
"Terra dei fuochi": relazione causale tra rifiuti e patologie 24
- **Geriatría**
Fragilità negli anziani e valore dell'attività fisica 25
- **Ginecologia**
Transizione alla menopausa e rischio cardiovascolare 26
- **Medicina interna**
ASA nelle complicanze trombotiche di Covid-19 27
- **Oncologia**
Linee guida sullo screening del cancro del colon-retto 28
- **Prevenzione**
Herpes zoster: nuovo vaccino ricombinante adiuvato 29

CLINICA E TERAPIA

- **Ricerche**
Arteriopatia periferica degli arti inferiori in Medicina Generale.
Prevenzione e gestione: proposta di un modello operativo 30
- **Management**
Integrazione ospedale-territorio in ambito oncologico 33
- **Farmacologia**
Chemioterapia oncologica: cosa deve sapere il medico di famiglia 34
- **Clinica**
Sistema nervoso e SARS-CoV-2 36
- **Saper fare**
Agopuntura in ambito sportivo 37
- **Ricerca**
Fegato e metabolismo lipidico 38
- **Lecture**
Dialogo sul futuro della cura 39
- **Indagini**
Stanchezza cronica post Covid-19 42
- **Rassegna da Nutrienti e Supplementi** 43

La Medicina Territoriale e l'importanza delle strutture intermedie

“// Garantire l'assistenza e le cure gratuite a chi ne ha bisogno, secondo quanto prevede la Costituzione, significa realizzare un sistema e percorsi assistenziali che non possono essere frammentati né legati alle risorse economiche, ma piuttosto devono essere organizzati in maniera tale da garantire la continuità dei percorsi assistenziali dei pazienti”. È da questa premessa che nasce il contributo della Società Italiana Scienze Mediche - Sismed al Piano di riorganizzazione della Medicina Territoriale.

“La nostra proposta prevede piccoli interventi correttivi - sottolinea a *M.D. Medicinae Doctor* **Giuseppe Gullace**, Coordinatore del Gruppo di Lavoro della Sismed - alle evidenti criticità dell'attuale assetto della Medicina Territoriale che sono diventate sempre più cogenti in questo periodo pandemico”.

Una criticità strutturale dell'attuale sistema delle cure territoriali è rappresentato proprio dalla sua frammentarietà. La natura dell'assistenza territoriale nel nostro Paese si presenta variegata, si va dalle Case della Salute, alle Aggregazioni Funzionali Territoriali, alle Cooperative e alle Unità Complesse di Cure Primarie, in vario modo composte ed organizzate, in vario modo distribuite sul territorio nazionale, senza nessuna uniformità operativa, con difficoltà gestionali e logistiche, non sempre favorite dalle aziende sanitarie locali, quasi sempre orientate ai risultati ed alle modalità operative piuttosto che agli esiti ed ai percorsi assistenziali.

“Le stesse aggregazioni dei Mmg sparse sul territorio - spiega Gullace - sono lasciate alla libera iniziativa locale di diversa tipologia, orientate più ad aspetti amministrativi che a quelli di tipo medico. Non c'è un reale collegamento tra ospedale-territorio, la continuità assistenziale è frammentata. Inoltre vige una logica sempre più crescente di *marketing* prestazionali, spesso sganciate da un contesto clinico e un carico sempre più assillante di attività burocratiche richieste dalle istituzioni, che grava sui medici e soprattutto sui Mmg, oltre a condizioni di lavoro non sempre adeguate in cui gli operatori sanitari sono chiamati ad operare”.

“L'assistenza è un processo unico - continua - ospedaliero e territoriale, che dovrebbe realizzarsi sotto un'unica organizzazione funzionale. Organizzazione che si fa carico del percorso del paziente, dal suo primo contatto con il Mmg, fino all'ospedale, tale da garantire il collegamento tra ospedale e territorio. Lungo questo percorso, che parte dal Mmg, dovrebbero essere costituite e riconosciute, come parte integrante dell'organizzazione, le strutture intermedie istituzionalizzate dove il paziente possa trovare la soluzione al suo problema o essere indirizzato all'ospedale per la diagnostica di secondo livello o per il ricovero. La struttura intermedia rappresenta quindi lo snodo dei percorsi diagnostici-terapeutici dei pazienti definiti da appositi protocolli e agisce sia da sede di risoluzione problemi sia da filtro per i ricoveri sia da sede per la pianificazione dei follow up dei pazienti dimessi e per la gestione delle cronicità. Rappresenta la struttura che garantisce il collegamento ospedale-territorio e la continuità assistenziale all'interno di una organizzazione funzionale dipartimentale la cui istituzione, da parte delle aziende è mandatoria”. “Invito a leggere i dettagli della nostra proposta al link <https://www.sismed-it.com/contributo-al-piano-di-riorganizzazione-della-medicina-territoriale/> e chi vorrà potrà farci pervenire osservazioni e suggerimenti”.

A.S.



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

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: serve un new deal della sanità pubblica

È quanto chiede la Fismu nella recente Relazione tenuta alla Commissione Affari Sociali della Camera sul Pnrr. Il segretario nazionale Fismu, Francesco Esposito, ha sottolineato la necessità di gettare le basi per una seria riforma della sanità pubblica attraverso una nuova organizzazione territorio-ospedale, un'assistenza integrata h24, un nuovo status giuridico e più tutele per tutti i medici

La Federazione Italiana Sindacale Medici Uniti-Fismu, in occasione del calendario di audizioni in Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, ha depositato un documento di proposte e osservazioni critiche sul Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, inerente particolarmente al capitolo 6 che riguarda la Salute.

Fismu *in primis* ha tenuto a evidenziare che, con le diverse misure di quarantena attive in tutte le Regioni, non si può passare, ancora una volta "da un'emergenza a un'altra emergenza, servono interventi seri, con tutti gli strumenti economici disponibili, a partire dal Recovery, per un'efficace iniziativa sul breve periodo, ma anche per mettere le basi per un vero e proprio *new deal* della sanità pubblica italiana".

"In questo senso - si legge nel testo presentato da Fismu - vogliamo segnalare che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (il capitolo 6), risulta a nostro avviso in diversi punti inidoneo ad affrontare non solo questa emergenza, ma anche a raccogliere la sfida di una trasformazione strutturale del nostro Servizio Sanitario Nazionale (Ssn).

Secondo Fismu, il Ssn allo 'stress test' dell'epidemia ha mostrato tutte le sue criticità strutturali, ecco le principali:

- decennale assenza di investimenti;
- malinteso federalismo nella *governance* sanitaria regionale;
- mancanza di personale, di posti letto, e di unità di cure intensive;
- fragilità del territorio e della rete di ambulatori di cure primarie e di continuità assistenziale e dell'emergenza urgenza (118);
- deficitaria programmazione del fabbisogno di professionisti nell'accesso e la formazione e il cosiddetto imbuto formativo;
- giungla di contratti e convenzioni che regolano la categoria e spesso la impoveriscono sul piano delle tutele e delle garanzie, (vedi il mancato passaggio alla dipendenza di molti medici convenzionati del 118 in diverse regioni o il nodo irrisolto delle migliaia di camici grigi);
- precariato cronico che attanaglia ogni settore dei nostri servizi sanitari;
- mancanza di politiche e risorse sull'edilizia ospedaliera e nel territorio, soprattutto nel mezzogiorno, e di messa in sicurezza del personale medico (e non solo) e delle strutture.

► 'Meno ospedale più territorio': solo uno slogan

Per **Francesco Esposito**, segretario nazionale Fismu "alla base di tutto c'è una storica assenza di politiche sanitarie pubbliche che rispondano alla mutata domanda di salute e alle sfide della cronicità e dell'invecchiamento della popolazione. Questa dirimente questione, insieme alla prevenzione e alla programmazione, è stata affrontata troppo spesso in modo frammentario, con iniziative *spot*, mai guardando a una visione organica che prendesse spunto anche dalle eccellenze (esistenti) della medicina di gruppo nel territorio e nell'ospedaleità.

Lo slogan di questi anni è stato: 'Meno ospedale più territorio', ma è rimasto tale, solo uno slogan a uso e consumo dei media. Si veda la quasi totale non applicazione della legge Balduzzi, lo smantellamento graduale e inesorabile della medicina dei servizi (medicina scolastica, prevenzione, vaccini...ecc), la marginalizzazione del ruolo dei Distretti. Di fatto, lo stesso schema che ha visto la nostra Italia affrontare il Covid-19 con un piano epidemico superato".

“Oggi, il nostro dovere - continua - nei confronti di tutti i colleghi che lavorano ogni giorno è quello di fare proposte serie, il vero rispetto per tutti i medici morti per Covid, ma anche per evitare altre ulteriori tragedie nei prossimi giorni, passa per interventi concreti. È fondamentale riprendere l’iniziativa nei confronti del virus cambiando, realisticamente, l’attuale situazione organizzativa sanitaria, soprattutto nella prima linea, oltre che nelle strutture

ospedaliere (più posti letto, più personale)”.

“È infatti impensabile nel breve termine fare una rivoluzione del Ssn, delle cure primarie e del territorio - conclude Esposito - ma sì, è possibile fare alcuni urgenti e concreti interventi per rendere più sicuro ed efficace questo snodo fondamentale della sanità pubblica nella battaglia contro l’epidemia. Queste settimane possono non essere quindi solo di contenimento dell’epidemia di Coronavirus,

anche grazie alla campagna di vaccinazione, da implementare e potenziare, ma potrebbero essere usate dallo Stato per prepararsi e mettere in campo tutte le risorse possibili. È strategico cambiare rotta, ne va del futuro del Paese”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il pdf del Documento Fismu

Ma c'è anche un problema di risorse

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza riserva alla missione Salute una cifra insufficiente a garantire la vera “svolta” che servirebbe per il nostro Ssn, per il suo rilancio, soprattutto in vista di eventuali altri episodi pandemici che potranno verificarsi nei prossimi anni e che non dovranno più mettere in “pausa” le altre patologie com’è accaduto con il Covid. Le risorse destinate alla sanità passano da 15 mld cifra certificata dal Governo come già disponibile nella prima versione di *Recovery Plan*, a 19,7 mld. Nessun raddoppio quindi, ma lo spostamento da una parte all’altra di risorse già presenti nella precedente versione del *Recovery* e un’aggiunta di 4,7 mld - ha di recente dichiarato **Tonino Aceti** Presidente di SALUTEQUITÀ, Associazione indipendente per la valutazione della qualità delle politiche per la salute. Un pensiero palesato ampiamente nel secondo Report dell’Associazione dedicato proprio al Pnrr e pubblicato di recente.

I 19,7 miliardi - si legge nel Report - restituiscono al Servizio Sanitario Pubblico solo la metà dei circa 40 miliardi di euro di mancati incrementi subiti dal fondo sanitario negli ultimi dieci anni per garantire il famoso equilibrio di finanza pubblica richiesto dalle diverse manovre che si sono succedute negli anni. Un rifinanziamento, in parte, di alcune voci fino a oggi sottostimate e lasciate alla spesa privata, non un investimento per un nuovo modello”.

L’ultima occasione di finanziamento di un programma straordinario di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie risale a più di 30 anni fa con l’art. 20 della Legge 67/1988, con uno stanziamento iniziale, solo da parte dello Stato, pari a ben 15,5 miliardi di euro (i 30mila miliardi di lire), gli attuali 34,4 miliardi a parità di potere di acquisto, praticamente quasi il doppio rispetto ai 19,7 miliardi destinati anche ad altre esigenze che potrebbero arrivare dall’Europa e che rappresentano il 57%

delle risorse decise 33 anni fa per i soli ospedali (quest’ultime allocate su arco temporale più lungo rispetto a quello del Pnrr).

Il fabbisogno iniziale di risorse stimato dal Ministero della Salute per gli interventi di edilizia sanitaria in vista della prima stesura del *Recovery* ammontava a 34,4 miliardi, di cui 14 miliardi per adeguamenti sismici e antincendio. Invece il documento approvato successivamente dal Consiglio dei Ministri assegna per la sicurezza degli ospedali 5,6 mld per realizzare 675 interventi di antisismica entro il 2026. Inoltre, mentre il *Recovery Plan* parla di “675 interventi”, che potrebbe significare anche una molteplicità di interventi per una stessa struttura sanitaria, nel 2013 la relazione conclusiva della Commissione parlamentare di inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del Ssn segnalava come le strutture che necessitavano di una pluralità di interventi di messa in sicurezza non fossero meno di 500.

► Gli investimenti per le cronicità

Per il rafforzamento dei servizi territoriali e per una migliore presa in carico delle persone con fragilità (cronicità, non autosufficienza, disabilità, ecc.) vengono destinati, attraverso il *Recovery Plan*, 7,9 miliardi in sei anni, di cui circa 1 miliardo all'assistenza domiciliare. Una cifra insufficiente a coprire gli oltre 17 miliardi l'anno di spesa privata delle famiglie per l'assistenza sanitaria a lungo termine, assistenza domiciliare e assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione, certificata dalla Corte dei Conti.

A rendere il quadro ancora più serio è il combinato disposto con la Legge di Bilancio 2021: infatti, se nel 2022 l'incremento del finanziamento del Ssn è pari a 822,870 milioni di euro, già nel 2023, 2024 e 2025 questo si riduce a 527,070 milioni di euro per ciascuno degli anni, mentre a decorrere dal 2026 è pari a 417,870 milioni di euro l'anno. Dal 2023 sale nuovamente in cattedra la razionalizzazione della spesa (*spending review* comma 404 L. 178/2020), che negli anni passati è stata confusa e declinata con un vero e proprio razionamento della spesa, dei servizi sanitari e dei diritti dei pazienti. E anche grazie a questo, il Ssn si è presentato alla sfida con la pandemia da Covid-19 impreparato, con i fondamentali non in ordine, con pazienti non-Covid costretti a diventare gli esodati del Servizio Sanitario Nazionale e con numero di decessi di pazienti Covid purtroppo tra i più alti in assoluto.

"Maggiori risorse per il Ssn orientate a garantire la sicurezza di tutte le strutture sanitarie, un mag-

giore accesso alle cure, il rafforzamento e l'innovazione dei servizi sociosanitari territoriali, l'ammodernamento tecnologico, il rafforzamento del personale sanitario e la riduzione delle disuguaglianze - conclude Aceti - per noi rappresentano 'debito buono' e un investimento ad 'alto rendimento' per il Paese in termini di salute, coesione sociale e crescita economica. Le future generazioni hanno diritto ad un Ssn più forte,

moderno, accessibile, equo, solidale e di prossimità, in grado di entrare nelle case delle persone. Non sprechiamo questa occasione che l'Europa ci mette a disposizione".



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il pdf del Report sul Pnrr di SALUTEQUITÀ

Il Ssn alla prova con Covid-19 dopo 10 anni di tagli

L'Italia è tra i paesi con più alto tasso di mortalità per Covid-19: 107,5 decessi per 100mila abitanti (dato relativo a dicembre 2020);

- durante il primo lockdown il Ssn ha fortemente ridotto l'assistenza ai pazienti non Covid: -34 milioni di ricette rispetto al 2019 (-58%); -13,3 milioni di prestazioni per accertamenti diagnostici; -9,6 milioni di visite specialistiche; -40% di ricoveri circa 309 mila ricoveri, di cui 230.428 chirurgici; circa -700.000 ricoveri nei reparti di medicina interna, di cui il 56% relativi a pazienti cronici;
- nel 2019 il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL è pari al 6,5% (NADEF 2020); nel 2017 era pari al 6,6%, un valore inferiore di circa tre punti percentuali a quella in Germania (9,6%) e Francia (9,5%), di un punto percentuale rispetto al Regno Unito, e di poco superiore a quella di Spagna (6,3%), Portogallo (6,0%) e Repubblica Ceca (5,8%);
- nel 2018, l'Italia è ottava nella classifica che analizza la percentuale della popolazione adulta dell'UE-27 con esigenze insoddisfatte di visita medica. Tra i maggiori paesi europei è quella con il dato peggiore;
- nel 2018 l'Italia ha 8 regioni inadempienti rispetto all'erogazione dei LEA, con maggiore criticità nell'assistenza territoriale;
- nel 2018 (ultimo Annuario Ssn pubblicato dal Ministero della Salute), gli interventi in Assistenza domiciliare integrata dedicati ad anziani e pazienti terminali è aumentato considerevolmente, ma non il personale che li ha eseguiti: le ore dedicate a ogni intervento sono calate in media 2 ore a prestazione con punte fino a oltre 60;
- la prova è che negli ultimi otto anni, dal 2010 al 2018, il personale sanitario è calato per colpa dei blocchi del *turn over* legati alla *spending review* di oltre 42mila unità e in particolare ci sono in meno più di 5.500 medici e quasi 8mila infermieri, le due figure che di più sono coinvolte nell'ADI.

Vaccini a Rna inadatti ai medici di famiglia?

Francesco Del Zotti, Mmg di Verona e direttore di Netaudit, elenca una serie di contraddizioni relative all'attuale gestione vaccinale Covid-19. In particolare stigmatizza l'esclusione dei Mmg dalla somministrazione dei vaccini a Rna, portando come esempio quanto sta accadendo in Toscana

In una lettera aperta indirizzata ai dirigenti ordinistici, sindacali, associativi della Medicina Generale e agli esperti di Audit, Igiene, Epidemiologia, Clinica, **Francesco Del Zotti**, medico di medicina generale di Verona e direttore di Netaudit, elenca una serie di contraddizioni relative alla gestione vaccinale Covid-19 inerente al coinvolgimento dei Mmg. In particolare stigmatizza l'esclusione dei medici di famiglia dalla somministrazione dei vaccini a Rna portando come esempio, quanto sta accadendo in Toscana dove, con camion-frigo, consegnano un certo numero dosi a settimana negli studi dei medici di medicina generale o li chiamano ad eseguire vaccini a Rna in strutture pubbliche *ad hoc*.

► Sintesi delle richieste elencate nella lettera aperta

A. Soprattutto per i pazienti anziani e a rischio, fare partire subito e bene i Mmg, con i vaccini a loro più adatti: ad esempio a Rna. Evitare di fornire ai medici di famiglia un solo tipo di vaccino, magari con referenze minori per i tanti anziani e tanti pazienti a rischio che solo il Mmg può bene identificare.

B. L'affidare ai Mmg la selezione e priorità dei pazienti anziani e a rischio evita di far dipendere questi pazienti da piattaforme totalmente online, adatte tutt'al più ai pazienti giovani e sani. Ed evita inoltre di far dipendere la gestione delle liste di priorità magari da algoritmi opachi con regole decisionali segretate.

C. Evitare di impiegare i Mmg, per la "semplice" pulizia delle liste, da fornire ad altri medici (non-medici

di famiglia) vaccinatori.

D. Ove possibile consentire ai medici di medicina generale di impiegare i propri studi per le vaccinazioni; anche per i vaccini a Rna, ad esempio, come in Toscana, dove, con camion-frigo, vengono consegnate un certo numero dosi a settimana. O almeno coinvolgerli per vaccinare i propri assistiti, in sedi pubbliche idonee.

E. È tempo che la nostra categoria dica ai governanti regionali e statali che non è giusto per i Mmg, in prima linea, subire le conseguenze del virus e dover poi assistere alla gestione totale delle "primizie" (i vaccini) in mano a centri di potere che li escludono.

F. È tempo ormai che i tutti i medici chiedano con forza al governo l'unica cosa seria: nazionalizzare al più presto le procedure diagnostiche e vaccinali intorno al Covid. Le vaccinazioni e la pandemia non possono basarsi 'sull'arlecchinata' regionale. Prima la nazionalizzazione di certe funzioni sanitarie era impedita dalla rigida suddivisione dei poteri (regioni al centro-destra; governo al centro-sinistra). Attualmente, con il 'governo di tutti', dovrebbero cadere le remore verso la nazionalizzazione di certe funzioni sanitarie.

Del Zotti, inoltre, invita a leggere l'ultimo numero del bollettino di *Audit e Qualità* in MG, ove si mette in evidenza un'altra 'perla' negativa che riguarda la MG italiana: una delle poche in Europa senza accademia della Medicina Generale. A tale riguardo indica, un articolo che riporta l'esperienza di quattro professori sulla Medicina Generale svedese: (<https://rivistaqq.org/wp/wp-content/uploads/QQ-Febbraio-2021.pdf>)



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il pdf lettera aperta di Francesco Del Zotti

Le sedi di guardia medica devono essere messe in sicurezza

L'appello è stato lanciato dai rappresentanti di categoria dopo i risultati della recente ispezione dei Nas in 390 sedi di continuità assistenziale. L'Autorità giudiziaria ha infatti rilevato irregolarità in più di una sede su quattro

Locali inadeguati, farmaci scaduti, assenza totale di misure anti Covid, criticità per la sicurezza degli stessi operatori sanitari: sono queste le "criticità strutturali e organizzative" riscontrate dai Nas in tutta Italia, in più di una sede di guardia medica su quattro, al termine di un'ispezione in 390 sedi di continuità assistenziale (ex guardia medica). Un'indagine che ha portato alla denuncia di 19 persone all'autorità giudiziaria e alla segnalazione di altre 85 alle autorità amministrative e sanitarie regionali. Destinatari dei provvedimenti sia i responsabili dei presidi sanitari sia i dirigenti delle Asl locali e il personale medico infermieristico. Una situazione che non stupisce affatto i rappresentanti di categoria che denunciavano già da molto tempo lo stato fatiscente delle ubicazioni e la povertà dei mezzi in cui i medici di continuità assistenziale sono costretti ad operare.

Fimmg CA. "La situazione rilevata dai Carabinieri del Nas nelle sedi di continuità assistenziale non ci stupisce - ha dichiarato **Tommasa Maio**, segretario nazionale di Fimmg Continuità Assistenziale - anzi, sono anni che denunciavamo tutte le carenze che oggi trovano riscontro. Ritengo che a questo punto sia necessario un incontro urgente con il Ministro **Roberto Speranza** per affrontare e superare i problemi in maniera unitaria e con soluzioni che non possono essere parcellari e legate a singoli contesti".

Fismu. Il 25% degli ambulatori di continuità assistenziale sono in strutture fatiscenti e insicure. Ma quanto

emerge dal controllo dei Nas a livello nazionale per la Federazione Italiana Sindacale Medici Uniti- Fismu "è solo la punta dell'iceberg". **Francesco Esposito**, segretario nazionale Fismu, è netto: "I Nas hanno fatto bene il loro lavoro, ma questa grave situazione, che potremmo anche definire di illegalità, è tollerata da 30 anni, nonostante le ripetute proteste e denunce dei medici e di Fismu, ma le autorità, tutte, hanno fatto finta non vedere. Se si facessero controlli a tappeto il quadro sarebbe anche più sconcertante e drammatico".

Smi. In una nota, a firma di Ernesto Esposito ed Antonio Scalzullo, la segreteria aziendale dello Smi Asl Napoli 1 Centro ha lanciato un appello al Ministro della Salute Roberto Speranza affinché vengano attuate sul territorio nazionale tutte le misure necessarie per salvaguardare il servizio pubblico di continuità assistenziale ed i presidi territoriali dello Stato. "Il presidio sanitario pubblico - prosegue Smi nella nota - ha ampiamente dimostrato l'importanza strategica assistenziale durante la pandemia soprattutto per la cura e l'assistenza ai pazienti non Covid ed in alcune realtà come l'area metropolitana di Napoli e l'isola di Capri è diventato il punto di riferimento per i pazienti che, a causa dei pensionamenti, non hanno ancora il medico di medicina generale. Di qui la necessità di invertire la rotta rispetto al passato ante Covid e potenziare il territorio, partendo proprio dalla rete logistico-informatica del presidio sanitario pubblico di continuità assistenziale h.24".

Covid-19 e buona prassi per il Mmg, una guida pratica

L'Associazione Società Scientifica Interdisciplinare e di Medicina di Famiglia e Comunità ha prodotto di recente un documento, "Covid-19 - Guida Pratica per il Medico di Medicina Generale" che vuole essere uno strumento utile per tutti i medici di famiglia che quotidianamente si prendono cura a domicilio delle persone colpite da Covid-19

■ Abbiamo redatto una guida pratica per le buone prassi per il medico di medicina generale, in considerazione che, a tutt'oggi, manca una visione d'insieme della gestione domiciliare, da parte del medico di medicina generale, del paziente affetto da infezione sostenuta da SARS/Covid19", così **Nunzia Pia Placentino**, Presidente di Assimefac e **Leonida Iannantuoni**, Presidente Comitato Tecnico Scientifico, in una dichiarazione rendono pubblica la guida pratica per i medici di medicina generale dell'associazione scientifica legata al Sindacato dei Medici Italiani (Smi). I suggerimenti contenuti nel documento 'Covid-19 - Guida Pratica per il Medico di Medicina Generale', stilato di recente da Assimefac, sono conformi alle indicazioni delle Autorità regolatorie (Agenzia Italiana del Farmaco) e del Ministero della Salute.

"È fondamentale - si legge nel documento - giungere ad una diagnosi definitiva nel minor tempo possibile, utilizzando un metodo diagnostico che fornisca un risultato attendibile. Motivo per cui si ritiene accettabile il ricorso al test antigenico, tenuto conto della prevalenza epidemiologica sul territorio. Nel caso di test negativo e di forte sospetto clinico è indicato il test nasofaringeo molecolare".

► Una puntualizzazione

Gli autori tengono però a sottolineare che probabilmente nella guida ci si potrà imbattere in argomenti e/o definizioni non totalmente più 'in riga' con le novità del momento,

"ma l'evolversi delle conoscenze e, conseguentemente, delle norme è quotidiana - precisano - e ciò che oggi è valido, tra una settimana potrebbe essere assolutamente obsoleto ed altrettanto, in considerazione della frammentazione del nostro Ssn in tante realtà regionali diverse, alcune indicazioni burocratiche potrebbero non essere in linea con i disposti locali".

Il lavoro, strutturato in un'agile raccolta di quanto già altrove pubblicato e validato dall'esperienza accumulata in questi mesi, pur non avendo la pretesa di contenere inediti, è finalizzato a fornire al Medico risposte rapide ai molteplici dubbi che un'emergenza planetaria fanno emergere nel quotidiano. Sono numerosi i temi trattati, che, per citarne solo alcuni, riguardano la gestione dei contatti ad alto o basso rischio, le modalità di diagnosi dell'infezione, gli elementi clinici e di gestione domiciliare dei pazienti, i trattamenti specifici, i compiti del Mmg nel paziente con SARS-CoV-2. Sono infine presentate diverse flow-chart che illustrano i percorsi in caso di contatti con pazienti positivi, con pazienti positivi al tampone, le certificazioni di malattia e di infortunio, il certificato di fine isolamento per guarigione, rientro al lavoro o a scuola.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile scaricare con tablet/smartphone il pdf del documento di ASSIMEFAC

La Medicina è sempre più donna

All'interno del Ssn le donne medico sono la maggioranza. Lo dimostrano i dati elaborati, come ogni anno in occasione dell'8 marzo, dal Ced della FNOMCeO.

La presenza maschile, tra i medici, è ancora maggioritaria, ma si tratta di una maggioranza sempre più risicata che perde il proprio primato in rapporto al calare dell'età. Le donne della sanità però, con la pandemia, stanno pagando il prezzo più alto. A denunciare ciò è Anaao Assomed

Dr House addio, benvenuta Meredith Grey: la medicina è donna. E, anche in Italia, il sorpasso al femminile, per quanto riguarda i medici, è sempre più evidente. Lo dimostrano i dati elaborati, come ogni anno in occasione dell'8 marzo, dal Ced della FNOMCeO. Gli uomini, tra i medici, sono ancora in vantaggio, ma si tratta di una maggioranza sempre più risicata: sono, infatti, il 55% del totale, e precisamente 218.226 contro 178.062 colleghe donne. Donne medico che costituiscono ormai la parte preponderante della forza lavoro nell'ambito del Ssn: considerando i medici con meno di 65 anni, e dunque sicuramente ancora in attività, il 54% è donna. E la percentuale sale rapidamente al calare dell'età: le dottoresse sono il 57% dei medici sotto i 60 anni, il 60% tra gli under 50. Nella fascia d'età dai 40 ai 44 anni, in particolare, quasi 2 medici su 3, e precisamente il 64%, sono donne. La tendenza sembra normalizzarsi invece tra i nuovi iscritti, con meno di trent'anni, che sono 'solo' per il 56% donne. Eppure, nel complesso, l'onda rosa avanza: un anno fa, a marzo 2020, i medici uomini erano il 56% del totale. Questo perché è soprattutto nelle fasce di età più alte che sono

la maggioranza: ad oggi, l'82% tra i medici over 70, che via via vanno in pensione.

► La femminilizzazione della professione

Del resto, quella della femminilizzazione della professione è una tematica moderna: appena cento anni fa, le donne medico erano circa duecento, per diventare 367 nel 1938. Medico fu però la prima donna a laurearsi nell'Italia unita: Ernestina Paper, originaria di Odessa, che discusse la sua tesi all'Università di Firenze nel 1877; seguita, l'anno dopo a Torino, da Maria Farné Velleda, seconda laureata d'Italia, sempre in Medicina.

Questa tematica diventerà ancora più evidente nei prossimi cinque anni, quando, secondo le proiezioni, avverrà il 'sorpasso' vero e proprio, anche sul totale dei medici maschi. Ciò impone, anche in considerazione della crescente importanza delle professioni sanitarie e di cura legata alla pandemia di Covid-19 e alla cronicità, nuovi modelli organizzativi e sociali.

"La pandemia ha acceso un faro sul lavoro silenzioso e lontano dalle luci della ribalta dei nostri medici - spiega il Presidente della FNOMCeO, **Filippo Anelli** -. Questo, se da una parte ha fatto com-

prendere l'importanza insostituibile del loro operare, e il loro forte ruolo sociale, ha anche rivelato carenze e zone grigie che affliggono i nostri sistemi sanitari, dovuti alle reiterate politiche di taglio delle risorse economiche ed umane. Sono emersi, con prepotente evidenza, i turni interminabili, gli straordinari non pagati perché oltre il tetto massimo, l'impossibilità di fruire delle ferie e, per le colleghe, i sensi di colpa per la maternità, che portano a procrastinarla sempre più in là nel tempo, con effetti su tutta la società. È quindi a un duplice livello che dobbiamo intervenire: sulle organizzazioni di lavoro, che devono permettere a tutti i medici di conciliare la vita privata e familiare con quella professionale; e sul piano sociale, incrementando i servizi alla persona, le misure a sostegno della famiglia e i fondi per le politiche sociali. Occorre un cambio di passo, perché non ricada soltanto sulla donna la gestione della famiglia e dei più fragili, ma tale responsabilità sia condivisa a livello familiare e sociale: la parità di genere passa anche da questa via. E passa da questa via la possibilità per le professioniste di dedicarsi alla carriera senza dover sacrificare la vita privata e gli affetti, che sono diritto

fondamentale sancito dall'Unione europea. In questo senso potrebbero essere utilizzati i fondi che l'Ue mette a disposizione per colmare il *Gender Gap* e quelli dedicati alla parità di genere del *Recovery Plan*".

"Per quanto riguarda in maniera specifica le donne medico, è necessario che anche i sistemi organizzativi si confrontino con questa nuova realtà di una professione principalmente al femminile, soprattutto nelle fasce di età più giovani, e vi si adeguino - conclude Anelli - Occorre, ad esempio,

che si modifichino i contratti, introducendo modalità flessibili di impiego".

► Gli odontoiatri

Le proporzioni si invertono tra gli odontoiatri, che sono per la maggior parte uomini: quasi due su tre, e precisamente il 64%, se consideriamo gli iscritti al solo Albo Odontoiatri. E addirittura il 74% prendendo in esame anche i doppi iscritti, che sono, cioè, sia medici che odontoiatri ma che, in prevalenza, esercitano la professione odontoiatrica. Anche tra loro le

donne sono in rapida e costante crescita, di un punto percentuale l'anno, (erano il 27% l'anno scorso, il 26% nel 2019) e, nelle fasce d'età più giovani, si registra una sostanziale parità.

Un'eccezione: prendendo in esame il numero totale degli iscritti agli Albi, medici e odontoiatri insieme, si nota che tutti gli Ordini della Sardegna sono a prevalenza femminile. A Cagliari le donne sono 3.677, contro 3.318 uomini; a Sassari 2.047 contro 1.895; a Oristano 417 contro 415; a Nuoro 774, contro 548.

Professionalità e abnegazione, la forza delle donne nella pandemia

La festa della donna 2021 è stata carica, a parere dell'Anaa Assomed, di molteplici significati, sanitari, economici, sociali. Nonostante difficoltà vecchie e nuove, le donne stanno offrendo una straordinaria prova di professionalità e abnegazione nella prima linea di contrasto al virus, nella quale rappresentano il 75% della forza lavoro. La pandemia in atto dimostra il valore, non solo formale ma sostanziale, della leadership femminile.

La sanità è donna, grazie a una crescita numerica che ne fa la maggioranza, anche tra i medici, nelle dotazioni organiche, nelle organizzazioni professionali, in qualche associazione sindacale, specialmente nelle fasce di età più giovani. E le donne della sanità stanno pagando il prezzo più alto in termini di contagio, carichi di cura, peggioramento delle condizioni di lavoro per turni senza fine in situazioni di aumentato rischio fisico e psicologico e crescita del-

la complessità e intensità assistenziale.

► Il gap della rappresentanza

Eppure - denuncia l'Associazione - le donne curanti continuano a essere estranee ai luoghi dove si formano le proposte strategiche, siano comitati tecnici che commissioni governative, che rimangono monchi di una visione femminile. Contratti di lavoro, leggi, culture e prassi rimangono arroccate a vecchi paradigmi, eludendo l'impegno di fare crescere rappresentanza e partecipazione delle nuove intelligenze professionali. Nelle democrazie, la questione della rappresentanza femminile non è solo descrittiva ma anche sostanziale e discriminanti positive, per quanto vissute con fastidio da molti uomini e da molte donne, possono rappresentare una forzatura necessaria.

Le donne della sanità - sottolinea l'Anaa Assomed - vogliono mo-

difiche dell'organizzazione del lavoro che recuperino i valori professionali e rispettino i tempi di vita, un piano straordinario di infrastrutture sociali che realizzino politiche di riduzione del sovraccarico di lavoro familiare, la concreta possibilità di dedicare alla carriera le stesse energie dei colleghi uomini, senza arretramenti e senza essere costrette a scegliere tra famiglia e lavoro.

Non basteranno - conclude l'Anaa Assomed - operazioni di facciata che non valorizzino l'*empowerment* femminile come attribuzione e riconoscimento di potere. Occorre un'inversione radicale delle politiche fin qui adottate perchè non è solo questione di donne ma dell'intero sistema sanitario. Il punto decisivo è rappresentato da come usciremo dalla pandemia e se il piano Next Generation EU potrà rappresentare la leva per un nuovo inizio, nella società come nella sanità, per 'l'altra metà del cielo'.

Attenzione ai silos informatici, fanno male alla salute

I silos agricoli, si sa, sono posti rischiosi ed ogni tanto la cronaca riferisce di incidenti sul lavoro, anche gravi, che capitano agli addetti alla manutenzione o alle operazioni di carico/scarico. Anche il sistema sanitario ha i suoi silos, meno pericolosi ma non meno problematici

Giuseppe Belleri - *Medico di Medicina Generale, Flero BS*

Nelle organizzazioni in genere i *silos* rappresentano l'eredità di vecchi modelli di gestione delle informazioni in quanto "componenti isolate di un sistema informativo che non condivide i dati, le informazioni e/o i processi con le altre componenti del sistema". I *silos* informatici accentuano la separazione tra comparti organizzativi e bloccano integrazione del sistema, frammentato e "dis-integrato" in programmi e piattaforme a compartimenti stagni; i *silos* informatici comportano la dispersione e il mancato utilizzo di informazioni, con inutili duplicazioni di procedure, fonte di inappropriatelyzza e inefficienza, specie nella gestione della cronicità, come dimostra l'esperienza delle piattaforme telematiche della PiC e delle reti cliniche. In Lombardia a 10 anni dalla nascita del Siss non si è ancora arrivati alla definitiva dematerializzazione delle prescrizioni farmaceutiche - senza la pandemia sarebbero ancora cartacee per l'ostracismo dei farmacisti - per non parlare dell'interoperabilità dei programmi, per cui non si riesce ad acquisire in automatico un referto di visita specialistica se non dopo diversi passaggi di una procedura informatica primordiale.

► La pandemia

Il guaio è che con la pandemia sono proliferati altri programmi paralleli ai gestionali di studio, che costringono a ripetere le stesse procedure, con intuibili perdite di tempo a scapito dell'attività clinico-assistenziale. Se è possibile inviare i certificati di malattia INPS con il programma di studio, e ricevere il numero di protocollo senza doversi collegare al sito dell'Istituto per trasferire dati già presenti nel *software*, perché la stessa procedura non si può estendere ad esempio alle vaccinazioni anti-Covid? Il collo di bottiglia della registrazione dei dati e delle procedure burocratiche condiziona in modo non irrilevante la campagna di vaccinazioni, che stenta a decollare anche per queste problematiche e si potrebbe aggravare con la fornitura di milioni di dosi a marzo. In teoria l'Acn sulle vaccinazione prevede la soluzione del problema (vedi il PS) ovvero l'integrazione tra anagrafe vaccinale e gestionali. Si farà in tempo a smantellare questo ennesimo *silos* informatico o finirà per rallentare una campagna vaccinale di vera emergenza per via

della terza ondata pandemica?

Da anni si tenta di contrastare la separazione tra i vari *silos* sanitari, non solo informatici, ma nel frattempo i compartimenti stagni continuano a proliferare a dispetto dei proclami sulla semplificazione burocratica, che è tra le priorità delle riforme e delle dichiarazioni del ministro! E pensare che nell'agenda digitale, per affrontare efficacemente le pandemie come la cronicità, una delle priorità è proprio il superamento della frammentazione dei sistemi e delle piattaforme telematiche. Allo smantellamento dei *silos* informatici si dovrebbe dedicare prioritariamente la digitalizzazione del sistema sanitario prevista del *Recovery Plan*, ma purtroppo i tempi della burocrazia europea e soprattutto di quella nostrana non sono quelli dei virus, che continuano a proliferare e a variare indifferenti alle nostre inefficienze. Se poi da marzo dovessero arrivare gli "arreati" dei vaccini si potrebbe creare l'ennesimo paradosso di un sistema con accumula dosi senza riuscire ad utilizzarle per un'anchilosi burocratica autolesionista!

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

The Covid gate

La gente comune ha dimostrato di non essere responsabile, di non capire la gravità del momento, e non solo i giovani hanno trasgredito, dove la trasgressione fa parte di uno spirito giovanile, ma anche le persone più mature non hanno preso nessuna precauzione perché l'happy hour e lo shopping sono diventati più importante della vita, specie di quella degli altri

Alessandro Chiari
 Segretario Regionale Fismu
 Emilia Romagna

Noi, medici di medicina generale che ci muoviamo secondo la regola del *primum non nocere*, siamo arroccati da un anno nei nostri studi in difesa, per non lasciare diventare la sala di attesa un luogo di contagio, per non iscrivere il nostro nome su una colonna infame che rimarrà e al cui primo posto ci sono i nomi degli improvvisati decisori ed *influencers* diventati poi, di fatto, untori. Ricordo che abbiamo suggerito l'impiego della sanità militare fin da marzo 2020: naturalmente inascoltati da regione e aziende, perché la gente si sarebbe allarmata(?). Ma la domanda che ci dobbiamo fare è che cosa abbiamo imparato da tutto questo? Sono stati fatti una catena continua di errori e di valutazioni errate, per cui il senso politico ha prevalso sull'urgenza sanitaria, mettendo in difficoltà la capacità assistenziale di affrontare l'epidemia. E questo, purtroppo, che si era già manifestato con la campagna vaccinale influenzale si sta riprendo anche in questa campagna anti Covid-19.

Il Presidente del Consiglio ci dice che ognuno deve fare la sua parte ma in questa crisi pandemica gli unici che hanno sbagliato sono i politici. Abbiamo avuto un governo di latitanti e lobotomizzati e tra tutta questa sventura è stato colpevolmente salvato e confermato il più incompetente. Quest'uomo è ancora in piedi: il primo da buttare dalla tolda, sta ancora al timone. Sono sicuro che se gli avessero fatti andare

avanti tutti avrebbero promosso la *lotteria dei vaccini*. Questo materialismo e la perdita di valori culturali fondamentali crea questa situazione dominata dai diletanti e da interessi di consenso politico e di sospetti affari di sottobosco su cui comunque stanno indagando le varie procure.

► Cosa resterà di questo dolore?

Promesse, slogans e nient'altro. *Le masse cadranno vittima più facilmente di una grossa menzogna che di una piccola*, nel suo *Main Kampf*, diceva tale Adolf divenuto poi tragicamente famoso. Se la gente non riesce ad autodisciplinarsi e pensa che *l'happy hour* sia il valore principale allora siamo finiti, siamo in un mondo di psicolabili in cui trionfa l'ignoranza e dove la cultura ha lasciato il posto all'inardimento educativo e la storia alla cronaca. Con questa banda irresponsabile solo il *lockdown* può funzionare, e non è un pensiero liberticida, ma solo una soggettiva affermazione che nasce dall'esame dei fatti accaduti.

Questa partita si vince solo con l'autodisciplina e con la massima attenzione verso se stessi e gli altri, dopodiché le speculazioni sui Mmg rimangono solamente strumentali, forse per sviare l'attenzione dei veri colpevoli per non farli diventare il bersaglio dell'opinione pubblica. Ma cosa resterà dopo tutto questa sofferenza, dove abbiamo abbandonato i cronici e gli oncologici a se stessi? Restano solo mani che non stringeremo più, occhi che non vedremo più, voci che non sentiremo più, famigliari, colleghi, amici e pazienti con cui non potremmo più parlare.

Perplessità e dubbi di un Mmg sull'adesione alla campagna vaccinale anti Covid

Oltre allo scarico di responsabilità, visto che, in caso di eventi avversi, saranno i medici vaccinatori a risponderne legalmente, mi chiedo se saremo in grado di far fronte alla mole burocratica che ci viene richiesta

Vincenzo Trusiani - *Medico di Medicina Generale, Roma*

Sono un Mmg del 7° distretto della Asl Roma2, sono specialista in medicina legale e delle assicurazioni e in virtù di ciò, mi occupo, quale attività libero professionale, anche di responsabilità professionale medica sia in sede civile che penale. Alla luce di quanto ci viene obbligato dalla Asl nella controfirma del modulo di "adesione e disponibilità ad eseguire le vaccinazioni anti Sars Cov-2" presso i nostri ambulatori, pongo alcune perplessità.

Nel modulo di adesione di fatto attestiamo quanto segue:

- che lo studio/ambulatorio utilizzato per la vaccinazione sia adeguatamente attrezzato ai fini del rispetto delle buone pratiche vaccinali e delle prescrizioni anti SARS-CoV-2 come descritto nel piano regionale approvato con dg16441/2020;
- di avere disponibilità di Dpi farmaci e attrezzature di emergenza;
- di essere in possesso dei requisiti di capacità tecnica e professionale richiesti e in particolare:
- di avere conoscenza delle procedure di sicurezza per la gestione dei Dpi e dei rifiuti speciali derivanti da tale attività, acquisite anche tramite formazione a distanza;
- di avere conoscenza delle procedure per la corretta effettuazione delle vaccinazioni secondo le specifiche redatte dalle rispettive case produttrici ed approvate dall'Ema ed Aifa;

- di avere conoscenza delle procedure per la gestione di eventuali eventi avversi connessi alla vaccinazione.

A tale riguardo chiedo se non vi sembra un colossale lo scarico di responsabilità da chi, da un lato ci chiede la disponibilità a dare una mano, come medicina territoriale, all'esecuzione delle vaccinazioni, ma in caso di "eventi avversi" prende le distanze.

Dobbiamo dichiarare, assumendocene tutta la responsabilità, che il nostro studio/ambulatorio sia "adeguatamente attrezzato ai fini del rispetto delle buone pratiche vaccinali e delle prescrizioni anti SARS-CoV-2 come descritto nel piano regionale approvato con dg16441/2020"; nonché di "di avere disponibilità di Dpi farmaci e attrezzature di emergenza". Ma tutti noi siamo consapevoli di cosa stiamo dichiarando? Farmaci ed attrezzature di emergenza? Chi di noi in studio ha un defibrillatore e/o un pallone Ambu e/o l'attrezzatura per intubare un paziente colpito da una qualsiasi "reazione avversa" dipendente o meno dall'esecuzione della vaccinazione? Chi di noi ha mai usato l'adrenalina in urgenza? Chi di noi conosce perfettamente "le specifiche delle case produttrici dei vaccini"? Chi di noi ha conoscenza, ma, soprattutto sa mettere in atto le "procedure per la gestione di eventuali eventi avversi connessi alla vaccinazione"?

Scusatemi se insisto, ma avete presente cosa significa rispondere a queste domande poste non soltanto da un

pubblico ministero della Procura ma da un avvocato di parte attrice che vi assale come un coyote su di una carcassa? Riflettiamoci esimi colleghi tutto ciò per soli 6,12 euro!

► Non solo responsabilità medico legali

Oltre alle perplessità sulla responsabilità medico legale, se ne palesano altre dopo essermi soffermato a rileggere il "Piano regionale della campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2 - documento ad interim aggiornamento febbraio 2021 in cui, preliminarmente alla richiesta delle dosi di vaccino da parte del Mmg si richiede che quest'ultimo:

1 Acquisisca la preventiva adesione dei pazienti da vaccinare secondo il modello di consenso informato previsto dal Ministero della Salute e allegato al Piano Regionale. 16/02/2021 - bollettino ufficiale della Regione Lazio - N. 15 - Supplemento n. 2 12.

2 Calendarizzi le sedute vaccinali per un numero di pazienti tale da consentire il pieno utilizzo delle dosi di vaccino ricavabili dalle singole fiale di prodotto secondo le specifiche descritte nelle relative schede tecniche delle diverse tipologie di vaccino, ciò al fine di utilizzare pienamente la disponibilità fornita.

3 Indichi con congruo anticipo (al massimo entro le 72 ore precedenti la seduta vaccinale programmata) alla farmacia HUB/Spoke di riferimento, tramite portale web dedicato, il fabbisogno

gno di vaccini limitato alle dosi utilizzabili nelle sedute vaccinali comunicando i nominativi dei pazienti da vaccinare; si precisa che il numero di vaccinazioni effettuabili deve essere commisurato al numero di dosi ricavabili dagli specifici prodotti, utilizzando siringhe senza spazio morto fornite nei kit vaccinali; a questo proposito il SSR metterà a disposizione un video esplicativo e condiviso da divulgare alla classe medica in merito alle diverse modalità di preparazione delle dosi.

4 **Concordi con la farmacia le modalità del ritiro dei kit vaccinali (presso la UCP o presso la farmacia di riferimento) nei tempi utili alle sedute vaccinali programmate, e comunque, nel rispetto delle specifiche indicazioni previste per la conservazione e il trasporto in sicurezza delle singole tipologie di vaccino.**

Inoltre, una volta effettuata la vaccinazione il Mmg deve:

A. Registrare contestualmente alla singola vaccinazione su Anagrafe Vaccinale Regionale (AVR), attraverso cooperazione applicativa, l'avvenuta somministrazione, programmando il richiamo per la seconda dose nei tempi indicati secondo le specifiche del prodotto utilizzato; i sistemi gestionali di studio

dovranno essere aggiornati secondo le specifiche tecniche pubblicate su portale regionale salute Lazio nell'area dedicata agli sviluppatori.

B. Rilasciare alla persona vaccinata una attestazione della esecuzione del vaccino con riportato il riferimento del lotto utilizzato, data e ora esecuzione, scaricabile da AVR.

C. Calendarizzare, nel caso di vaccini che necessitano di doppia somministrazione, (cioè tutti ndr) la data della seconda dose in relazione alle specifiche tecniche del prodotto utilizzato.

D. Conferire, in occasione del ritiro delle nuove dosi secondo le procedure previste, alle farmacie di riferimento le fiale di vaccino utilizzate, previa inoculazione di una goccia colorante per inibire i residui del prodotto. Il tutto, logicamente al di fuori del nostro normale orario di studio garantendo sempre le prestazioni di base per i nostri assistiti. Mi verrebbe da dire: nient'altro?

Prendiamo in considerazione il fatto che così facendo (se è vero che l'immunità vaccinale con il vaccino della Pfizer non dura 1 anno) anche noi operatori sanitari a fine 2021 dovremmo già risottoporci a vaccinazione. Sono stato vaccinato presso il CTO nell'ex reparto di nefrolo-

gia e dialisi che era stato appositamente dedicato alle vaccinazioni. Ho notato l'organizzazione messa in campo e quanto personale è stato impiegato. Dalle 2 persone della vigilanza all'ingresso alle 2 infermiere che controllavano le liste dei prenotati al piano terra, 3 stanze con colleghi che raccoglievano i fogli anamnestici ed il consenso con tanto di personale amministrativo per la registrazione sulla piattaforma dell'anagrafe vaccinale regionale, una stanza dedicata dove 1 o più colleghi preparavano le singole dosi da somministrare dopo aver disinfettato la fiala scongelata di vaccino da diluire, 6 infermieri/e (almeno tante ne ho contato) che effettuavano materialmente la somministrazione.

E noi dovremmo fare tutto da soli? Oppure dovremmo partecipare alla campagna vaccinale presso le strutture accreditate dell'Asl a far cosa? Somministrare materialmente il vaccino? (cosa che facciamo naturalmente al nostro studio nella normale vaccinazione antinfluenzale stagionale che comunque non comporta tutto il resto che ci viene richiesto ora) oppure ci mettono a preparare le singole dosi da somministrare prelevandole dalla singola fiala?

Io sono alquanto perplesso non so voi!

Un virus che ci ha sconvolto la vita

Marcello Zanna - Medico di Medicina Generale, Valsamoggia (BO)

Sono medico di famiglia e specialista pneumologo a Valsamoggia da oltre trent'anni. Questo virus mi ha portato via i genitori e mio fratello. Vorrei pertanto fornire un mio piccolo contributo contro questo mostro chiamato Covid-19.

La medicina territoriale ha un ruolo molto importante durante un'epidemia come quella in corso: siamo la prima linea di difesa. Troppi sono i medici di famiglia caduti per l'assoluta mancanza di protezione durante la prima ondata, quando i Dpi risultavano irripetibili. Eppure in TV e sulle prime pagine si è da-

to spazio ai negazionisti del virus e chi ha manifestato in piazza contro l'obbligo della mascherina. Purtroppo i media, per fare audience, hanno lasciato troppo spazio a chi va controcorrente, a una minoranza che sarebbe stato quanto mai opportuno ignorare ed oscurare. Don Ferrante, nei Promessi sposi, si avvale di tutti discorsi pseudoscientifici per asserire che di fatto la malattia non esiste. Già a quell'epoca si attribuiva la colpa agli untori e ai medici che diffondevano l'epidemia per proprio tornaconto personale. Siamo in guerra! Non

possiamo continuare a piangere all'infinito sul latte versato, su morti evitabili. Il virus purtroppo esiste e non ha ideologie; la pandemia esiste ed è di tutto il popolo, come spiega bene il vocabolo greco: Pan=tutto, demos=popolo. Ben tremila anni fa, Ippocrate salvò Atene dalla peste dividendo le persone sane dalle ammalate, bruciando i morti di peste e le loro coperte.

► Le case sono le nostre caverne

Per capire come si diffonda il virus Covid-19, immaginiamo come si possa diffondere tra i pipistrelli, suoi serbatoi naturali. Questi mammiferi vivono in caverne o in piccoli pertugi; non parlano, non si stringono le mani. Producono ul-

trasuoni per mezzo della laringe ed emettono il suono dal naso o, più comunemente, dalla bocca aperta. Questo provoca la nebulizzazione di un aerosol contaminante. Solo l'aerosol può essere il mezzo: l'aria che si respira. Le case sono le nostre caverne, le automobili, i mezzi pubblici sono i nostri pertugi. Il canto, infatti, aumenta la vaporizzazione nell'aria delle particelle virali e la conseguente possibilità di contagio. Ove non sia possibile il distanziamento: sui mezzi pubblici, negli ascensori, negli ospedali, vanno rese obbligatorie le doppie mascherine: quella aderente ffp2. Sui mezzi pubblici, nelle scuole, negli uffici, nei cinema e teatri servirebbero aspiratori d'aria che la convogliano verso filtri con antivirali e la reimmettano in circolo purificata. Non mi sembra impossibile.

Il virus sappiamo che restano sospesi per circa tre ore nell'aerosol poi per gravità ricadono sulle superfici dove restano attivi anche 20 giorni, quindi occorre usare disinfettanti adeguati per sanificarle.

Tra il dieci e il venti per cento delle persone contagiate è responsabile dell'ottanta per cento dei contagi: sono i cosiddetti "super diffusori", o *supers preader*. Anche se il meccanismo generale che crea gli aerosol respiratori è lo stesso per tutte le persone, esistono numerose variazioni nella quantità di emissioni che ciascuno effettivamente produce. Basterebbe individuare questi super diffusori per fermare la pandemia. Il problema è che sono infettivi in maniera massimale già due giorni prima dell'inizio dei sintomi. Non starnutiscono. Non tossiscono. Respirano e parlano, semplicemente.

Penso che prima o poi la scienza metterà a disposizione un test del respiro tipo l'alcol test per rilevare il virus dall'aria espirata. Intanto usiamo prudenza e buon senso: niente mascherine con valvola a nessuno nei luoghi pubblici!

► **Mmg, il medico di prossimità**

Il 90% dei casi positivi viene trattato al proprio domicilio, ponendo in quarantena tutti i conviventi per due settimane, fin

dopo la negativizzazione del tampone. Alcuni familiari tuttavia nel frattempo si infettano e tutto ricomincia da capo. Nei giorni di paura, che i positivi trascorrono in quarantena nelle loro case, il medico di famiglia è, per gli ammalati e i loro familiari, pressoché l'unica fonte di informazioni, di consigli, di trattamenti farmacologici, di adempimenti burocratici.

Quel che manca ai positivi paucisintomatici è un piccolo ma importante strumento per gestire tempestivamente la comparsa di un'eventuale polmonite interstiziale: il saturimetro. Questo virus diviene pericoloso quando attacca i polmoni e il saturimetro aiuta a individuare precocemente questa temibile complicanza, che spesso richiede il ricovero e l'ossigenoterapia ad alti flussi. A chi è positivo test antigenico e può permetterselo, io prescrivo il tampone molecolare. Dovrebbe però essere il Ssn tuttavia a farsene carico.

Altra cosa che manca a noi medici in prima linea è un protocollo comune di cura per i positivi. Nella prima ondata si parlava di Azitromicina e antimalarici, ora di cortisonici e antitrombotici. È sbagliato tuttavia prescrivere cortisonici nelle prime fasi della malattia. I cortisonici riducono le difese, che nella prima fase devono invece essere aiutate con supplementazione di vitamine C e D, con alimentazione corretta, con riposo assoluto. Il cortisonico e gli antitrombotici hanno senso soltanto in corso di polmonite interstiziale già manifesta e in questo caso si usano ad alto dosaggio. Nelle prime fasi ai medici di famiglia dovrebbe però essere data da subito la possibilità di prescrivere il Remdesivir, un antivirale che può ridurre le polmoniti solo se somministrato nella prima settimana di malattia, quando si rilevi un'iniziale desaturazione dell'ossigeno, quando l'Eco o la TAC toracica rilevino polmonite interstiziale iniziale, non quando l'interstizio sia già stato estesamente compromesso da un rialzo esagerato delle citochine. Anche gli anticorpi monoclonali, devono essere somministrati nelle pri-

me fasi della malattia e non a polmoni già troppo compromessi.

Non serve a niente eliminare il virus quando il danno da citochine sia già presente con un quadro da fibrosi polmonare terminale! L'esame per rilevare un anomalo rialzo delle citochine deve essere messo a disposizione anche dei medici di famiglia, mentre ora, non si capisce perché, è riservato solo agli ospedali. Quando i livelli di interleuchina sono oltre la soglia di normalità deve essere immediatamente predisposto il ricovero in ospedale ove poter effettuare terapia con anticorpi monoclonali, per ridurre questa tempesta che complica irreparabilmente la polmonite mandando i pazienti in rianimazione!

► **I vaccini servono ora**

La cosa più importante ora però è velocizzare una vaccinazione di massa.

Per vaccinare solo il 50% degli italiani in 10 mesi con due dosi, occorrono circa 60 milioni di inoculazioni. Bisogna procedere alla media di 200.000 vaccinazioni al giorno.

I medici di famiglia vaccinano nei loro studi ogni anno contro influenza pneumococco e tetano milioni di italiani. Arruolando questi medici vaccinatori già esperti che conoscono i fragili e vanno a domicilio di chi non è più deambulabile, con l'arruolamento degli specializzandi, di medici e infermieri già in pensione è un traguardo raggiungibile. Sono in sintonia con la decisione del governo in merito alle cosiddette primule, che a mio avviso rappresentano solo sperpero di tempo e denaro. Motivo per cui vedo con favore la decisione di utilizzare tutti gli spazi disponibili, dagli ambulatori medici alle caserme, ma anche i teatri, i palasport, le chiese. Limitando tutta la burocrazia e l'organizzazione per fasce di utenti messa in piedi, si può fare in poco tempo una vaccinazione di massa senza problemi, a partire dai più anziani e malati come da sempre si fa per l'influenza stagionale. Ma servono i vaccini e servono ora!

AGGIORNAMENTI



■ EPIDEMIOLOGIA

“Terra dei fuochi”: relazione causale tra rifiuti e patologie

■ GERIATRIA

Fragilità negli anziani e valore dell'attività fisica

■ GINECOLOGIA

Transizione alla menopausa e rischio cardiovascolare

■ MEDICINA INTERNA

ASA nelle complicanze trombotiche di Covid-19

■ ONCOLOGIA

Linee guida sullo screening del cancro del colon-retto

■ PREVENZIONE

Herpes zoster: nuovo vaccino ricombinante adiuvato

■ EPIDEMIOLOGIA

“Terra dei fuochi”: relazione causale tra rifiuti e patologie

C'è una relazione causale o di concausa tra la presenza di siti di rifiuti abusivi e incontrollati e i tanti casi di tumori, leucemie e malformazioni che si sono verificati negli ultimi anni nella cosiddetta “Terra dei Fuochi”. Ad attestarla è la pubblicazione di un rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità svolto in collaborazione scientifica con la Procura di Napoli Nord, sul modello dello studio “Sentieri”.

L'accordo è stato finalizzato allo scambio di dati ed informazioni derivanti dalla sorveglianza epidemiologica della popolazione del circondario di Napoli Nord, con specifico riferimento ad eccessi della mortalità, incidenza tumorale e ospedalizzazione per diverse patologie, che ammettono fra i loro fattori di rischio accertati o sospetti, l'esposizione a inquinanti. L'area oggetto dell'indagine riguarda il territorio dei 38 Comuni, con una superficie totale di 426 km². Su questa area, in base ai dati raccolti disponibili al gennaio 2017, sono stati registrati 2.767 siti interessati da smaltimento controllato o abusivo di rifiuti, anche pericolosi, in 653 dei quali risultano anche avere avuto luogo combustioni illegali.

“Siamo riusciti a correlare i dati statistici sanitari estrapolati dalle schede di dimissione ospedaliera e dal Registro Tumori all'impatto ambientale sul singolo Comune - spie-

ga ad **M.D. Gaetano Rivezzi**, pediatra di Caserta e Presidente regionale ISDE Campania. La valutazione ha riguardato l'impatto della pressione ambientale degli abbandoni di rifiuti illegalmente sversati in una determinata area territoriale e gli effetti della combustione degli incendi (circa 650 in un territorio di 350.000 abitanti - 19 Comuni).

► **Patologie accertate**

Da anni i Mmg, i pediatri di libera scelta e ISDE registrano segnalazioni di pericolosità sanitaria. Dal 2008 al 2013 sono stati documentati aumenti di patologie oncologiche in soggetti con età <50 anni e tumori del testicolo, sarcomi, linfomi in persone ancor più giovani (<25 anni).

Dalle analisi riportate nel Rapporto è emerso un maggior rischio per alcune patologie nei comuni maggiormente impattati da siti di rifiuti. Questo risultato evidenzia un possibile ruolo causale e/o concausale dei siti di rifiuti nell'insorgenza di malattie. In particolare: nei comuni con un livello di rischio da rifiuti maggiore la mortalità per tumore della mammella è significativamente più alta, così come è significativamente più elevata l'ospedalizzazione per asma e la prevalenza dei nati pretermine. Anche le malformazioni congenite sono significativamente più elevate e nella po-

polazione di età compresa tra 0 e 19 anni stesso andamento si osserva nei ricoveri per asma, e l'incidenza di leucemie aumenta significativamente.

Oltre ai dati epidemiologici dallo studio emerge l'imprescindibilità della prevenzione primaria. I determinanti ambientali devono essere considerati un importante fattore di rischio sanitario. I medici devono esserne consapevoli e allargare le conoscenze sulle sostanze cancerogene attualmente conosciute o che agiscono negativamente sulla salute: come medici dobbiamo anticipare azioni preventive, rivoluzionando il sistema di prevenzione territoriale soprattutto dove è presente una forte deprivazione sociale, organizzandoci per poter migliorare la qualità della vita, riducendo il carico di inquinanti e attivare buone pratiche di sanità pubblica. Lanciamo un appello al mondo medico regionale per implementare, nonostante la pandemia, gli screening oncologici soprattutto per il tumore del seno e del colon-retto ridotti oggi ai minimi termini. Vorremmo evitare che l'alto tasso di inquinamento, che persiste nella Terra dei Fuochi, non faccia ulteriori vittime. Siamo solidali con il monito alle istituzioni espresso dalla Conferenza Episcopale Campana, auspicando una legittima attività di alta prevenzione sanitaria, purtroppo ad oggi, colpevolmente inefficace” - conclude Rivezzi.



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

■ GERIATRIA

Fragilità negli anziani e valore dell'attività fisica

La prevalenza della fragilità negli anziani sta aumentando drasticamente e la *frailty* espone la persona ad un rischio maggiore di molti esiti negativi per la salute (mobilità ridotta, cadute, ricoveri e mortalità). A livello globale, il concetto di fragilità sta guadagnando attenzione e il campo scientifico ha fatto passi da gigante nell'identificare e definire concettualmente la fragilità, inclusi gli studi sulle caratteristiche dell'invecchiamento, della resilienza e capacità intrinseche.

Attualmente, si pensa che la fragilità sia prevenibile, quindi l'identificazione del grado di fragilità di una persona è vitale. L'identificazione è ottenibile attraverso strumenti di screening ampiamente utilizzati, che sono validi, affidabili e di facile utilizzo. Ma dopo il riconoscimento del grado di fragilità, devono essere implementate strategie di intervento mirate, come i programmi di attività fisica.

In una recente e interessante pubblicazione vengono discusse le attuali evidenze a sostegno delle raccomandazioni sull'attività fisica per la popolazione che invecchia e per gli anziani con fragilità. L'obiettivo è enfatizzare la diagnosi precoce della fragilità e sottolineare il valore dell'attività fisica.

► Attività fisica e invecchiamento

L'inattività fisica è uno dei principali fattori di rischio che contribuiscono alla fragilità. Considerando che l'attività fisica è nota per preservare o migliorare la funzione di molti dei sistemi fisiologici identificati associati alla fragilità (per es. cardiovascolare, muscolo-scheletrico, neuromotorio, metabolico e infiammatorio), essa gioca un ruolo importante nell'invecchiamento sano (per es. funzione fisica e mobilità ottimali) attraverso la prevenzione e la gestione di molte delle malattie croniche presenti negli anziani e negli individui fragili.

I principali benefici dell'attività fisica sono ad esempio quelli cardiovascolari associati all'attività fisica e includono aggiustamenti emodinamici (riduzione sostenuta della pressione sanguigna), cambiamenti positivi in numerose funzioni CV, come contrattilità, gittata cardiaca massima, regolazione dei fluidi corporei, tono vagale cardiaco (variabilità della frequenza cardiaca).

Questi adattamenti comportano un minor rischio di malattie cardiovascolari e ipertensione e di mortalità CV. L'attività fisica si traduce in un ampio rimodellamento del muscolo scheletrico a livello cellulare e molecolare. Per esempio, ci sono adattamenti positivi all'interno delle vie di segnalazione (insulina), capacità

respiratoria mitocondriale, rilascio del substrato, produzione di ROS e livelli infiammatori.

Come risultato di questi cambiamenti cellulari e molecolari, vi è un aumento della forza e della resistenza muscolare, nonché una riduzione della deposizione adiposa e del peso corporeo.

► Commento

La prevenzione della fragilità e delle malattie croniche e il mantenimento della funzione fisica e dell'indipendenza hanno implicazioni per la salute pubblica. Molte strategie basate sull'evidenza possono essere utilizzate per promuovere e supportare l'attività fisica negli anziani e negli adulti fragili.

Linee guida

Gli anziani dovrebbero:

- svolgere settimanalmente un'attività fisica multicomponente che includa allenamento dell'equilibrio, attività aerobiche, rafforzamento muscolare.
- Determinare il livello di sforzo in relazione alla forma fisica.
- In presenza di condizioni croniche, come la fragilità, valutare se le loro condizioni influenzino la capacità di svolgere un'attività fisica regolare in sicurezza.
- Quando non è possibile svolgere 150 minuti di attività aerobica di intensità moderata alla settimana dovrebbero essere fisicamente attivi quanto le capacità e condizioni lo consentono.

BIBLIOGRAFIA

- Kwak D, Thompson LDV. Frailty: Past, present, and future? *Sports Medicine and Health Science* 2021; in press.

■ GINECOLOGIA

Transizione alla menopausa e rischio cardiovascolare

La malattia cardiovascolare (CVD) è la principale causa di morte nelle donne, che hanno un notevole aumento del rischio dopo la menopausa e generalmente sviluppano una malattia coronarica diversi anni dopo rispetto agli uomini. Questa osservazione ha portato all'ipotesi che la transizione alla menopausa (MT) contribuisca all'aumento del rischio di malattia coronarica. Sul tema l'American Heart Association ha pubblicato uno statement che sottolinea l'importanza di monitorare la salute delle donne durante la mezza età e di considerare questa fase come finestra critica per l'applicazione di strategie di intervento precoce che mirano a mantenere un cuore sano e ridurre il rischio di malattie cardiache.

► **Evoluzione delle conoscenze**

Negli ultimi 20 anni, la conoscenza di come la menopausa potrebbe contribuire alla malattia CV si è evoluta "drammaticamente". I dati indicano costantemente la transizione alla menopausa come un momento di cambiamento nella salute CV.

È stato riscontrato che l'età precoce alla menopausa naturale, la menopausa iatrogena (ovariectomia bilaterale), i sintomi vasomotori durante il periodo premenopausale sono associati a un rischio di CVD più elevato. Anche i disturbi del

sono stati collegati a un maggior rischio di CVD subcliniche e peggiori indici di salute CV durante la mezza età. L'aumento del grasso centrale/viscerale e la diminuzione della massa muscolare magra sono più pronunciati. Questa aumentata adiposità centrale è associata a un aumento del rischio di mortalità, anche tra quelli con indice di massa corporea normale. L'aumento dei livelli lipidici (colesterolo lipoproteico a bassa densità e apolipoproteina B), il rischio di sindrome metabolica e il rimodellamento vascolare sono determinati dalla transizione alla menopausa più che dall'invecchiamento, mentre gli aumenti della pressione sanguigna, del livello di insulina e del livello di glucosio sono probabilmente più influenti per invecchiamento cronologico.

► **Interventi sullo stile di vita**

Secondo i dati epidemiologici una percentuale significativa di donne trascorrerà fino al 40% della propria vita dopo la menopausa. Tuttavia il 7.2% delle donne che passano alla menopausa soddisfa le linee guida sull'attività fisica e meno del 20% di queste donne mantiene costantemente una dieta sana.

Dati seppur limitati da studi randomizzati controllati suggeriscono che un intervento sullo stile di vita multidimensionale durante la tran-

sizione alla menopausa può prevenire l'aumento di peso e ridurre la pressione sanguigna e i livelli di trigliceridi, glucosio e insulina e ridurre l'incidenza dell'aterosclerosi carotidea subclinica.

Nuovi dati indicano un'inversione nelle associazioni di Hdl-C con il rischio CV durante la transizione della menopausa, suggerendo che livelli più elevati di Hdl-C potrebbero non riflettere costantemente una buona salute CV nelle donne di mezza età.

Inoltre l'inizio della terapia ormonale della menopausa ad una età <60 anni o entro 10 anni dalla menopausa è associato a un ridotto rischio CV, tuttavia il gruppo di ricerca afferma che sono necessarie ulteriori ricerche sugli effetti cardiometabolici della MHT, compresi gli effetti associati a forma, via e durata della somministrazione, nelle donne che attraversano la menopausa.

Nelle linee guida si segnala anche che i dati per la prevenzione primaria e secondaria della CVD aterosclerotica e il miglioramento della sopravvivenza con interventi ipolipemizzanti "rimangono sfuggenti" per le donne e che sono necessari ulteriori studi per sviluppare raccomandazioni basate sull'evidenza e su misura per le donne.

BIBLIOGRAFIA

- El Khoudary SR et al; American Heart Association Prevention Science Committee of the Council on Epidemiology and Prevention; and Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. Menopause transition and cardiovascular disease risk: implications for timing of early prevention: A Scientific Statement From the AHA. *Circulation* 2020; 142(25):e506-e532.

■ MEDICINA INTERNA

ASA nelle complicanze trombotiche di Covid-19

Un gruppo di ricercatori italiani ha scoperto il meccanismo responsabile delle complicanze trombotiche di Covid-19, proponendo il razionale scientifico per l'uso dei farmaci in grado di bloccarlo.

“Il messaggio clinico più forte della nostra ricerca - ha spiegato **Marina Camera**, Responsabile dell'Unità di Ricerca di Biologia Cellulare e Molecolare Cardiovascolare del Monzino, Università degli Studi di Milano - è che per tutti i casi di Covid-19 la terapia può essere ottimizzata inserendo l'antiaggregante più noto e diffuso: l'acido acetilsalicilico. I protocolli terapeutici attualmente in uso prevedono l'uso di eparina, tipicamente indicata per il trattamento dei trombi venosi. L'attivazione piastrinica che abbiamo documentato nel nostro studio, e che è stata confermata anche in altri studi internazionali, suggerisce l'utilizzo specifico di un antiaggregante”.

► Attivazione piastrinica e formazione di trombi

In 46 pazienti con Covid-19 è stato analizzato lo stato di attivazione delle cellule del sangue, mediante analisi citofluorimetrica, e lo ha confrontato con quello di soggetti sani e cardiopatici.

“I pazienti con forme gravi di polmonite da SARS-CoV-2 - continua Camera - soffrono di ipossiemia non solo per l'infiammazione degli alveoli polmonari, ma anche per la presenza di micro e macro trombi nel sangue, che possono occludere i vasi polmonari. Nella prima fase abbiamo evidenziato come l'attivazione piastrinica presente in questi pazienti possa essere responsabile della formazione di questi trombi.

Quando l'organismo viene attaccato da agenti patogeni, come il SARS-CoV-2, attiva la sua risposta immunitaria rilasciando nel sangue citochine infiammatorie, tra cui l'interleukina-6. A volte, tuttavia, questa reazione può essere esageratamente violenta, dando luogo alla cosiddetta “tempesta citochinica”.

Dunque l'endotelio si attiva e, riducendo la produzione di prostaciclina e ossido nitrico, perde il controllo sulle piastrine. Anche i monociti e i granulociti circolanti si attivano, e ognuna di queste cellule rilascia nel flusso sanguigno delle microvescicole che hanno un elevato potenziale protrombotico.

In questo contesto le numerose piastrine attivate si aggregano con i granulociti e monociti circolanti e, insieme alle microvescicole, con-

corrono alla formazione dei microaggregati che possono ostruire il microcircolo polmonare”. Queste alterazioni possono tra l'altro contribuire alle importanti alterazioni dell'emodinamica polmonare.

► Eccesso di interleukina-6

Nella seconda parte dello studio è stato riprodotta la massiccia attivazione piastrinica documentata in Covid-19, mettendo in contatto cellule del sangue di soggetti sani con il plasma dei pazienti Covid-19. È stato dimostrato che le anomalie emostatiche causate dal SARS-CoV-2 non sono una conseguenza diretta del virus, ma hanno origine dalla tempesta di citochine, in particolare dell'eccesso di interleukina-6.

Questo risultato spiega perché tocilizumab, anticorpo monoclonale diretto contro il recettore dell'interleukina-6, è in grado di evitare l'attivazione piastrinica. Pertanto, in un'epoca in cui si persegue il concetto di medicina personalizzata, il suo impiego è da riservare per quei pazienti che presentano elevati livelli di interleukina-6.

BIBLIOGRAFIA

- Canzano P, Brambilla M, Porro B, Cosentino N, Tortorici E, Vicini S, Poggio P, Cascella A, Pengo MF, Veglia F, Fiorelli S, Bonomi A, Cavalca V, Trabattoni D, Andreini D, Omodeo Salè E, Parati G, Tremoli E, Camera M. Platelet and endothelial activation as potential mechanisms behind the thrombotic complications of COVID-19 patients. *JACC Basic Transl Sci* 2021 (Epub ahead of print).

■ ONCOLOGIA

Linee guida sullo screening del cancro del colon-retto

L'American College of Gastroenterology (ACG) ha pubblicato sull'*American Journal of Gastroenterology* nuove raccomandazioni sul cancro del colon-retto (CRC) (le ultime raccomandazioni furono pubblicate nel 2009). Aasma Shaukat, primo autore firmatario delle LG, segnalando le principali modifiche, ha affermato: "Suggeriamo di iniziare lo screening CRC all'età di 45 anni in individui a rischio medio e di utilizzare la colonscopia o il test immunochimico fecale (FIT) come modalità di screening primaria. Altre opzioni includono il test del DNA delle feci multitarget, la colonografia TC e la capsula del colon.

Si consiglia inoltre di iniziare lo screening all'età di 40 anni in individui con uno o due parenti di primo grado con cancro del colon-retto o polipi del colon-retto avanzati. Se il parente di primo grado è <60, o ci sono due o più parenti di primo grado con cancro del colon-retto o polipi del colon-retto avanzati a qualsiasi età, deve essere utilizzata la colonscopia e lo screening ripetuto a intervalli di cinque anni. Se il parente di primo grado ha 60 anni o più, può essere utilizzata qualsiasi modalità di screening e, se normale, seguire gli intervalli di screening del rischio medio. Per gli individui con una storia di un solo parente di se-

condo grado con cancro del colon-retto o polipi avanzati, suggeriamo di utilizzare raccomandazioni sul rischio medio".

Modalità personalizzata di screening e intervalli

- FIT annualmente
- Colonscopia ogni 10 anni
- Test del DNA delle feci multi-target ogni 3 anni
- Sigmoidoscopia flessibile ogni 5-10 anni
- Colonografia TC ed endoscopia capsulare del colon ogni 5 anni

► Key points

I punti chiave delle LG di screening includono:

- Ridurre l'età per iniziare lo screening CRC negli uomini e nelle donne a rischio medio a 45 anni.
- Personalizzare le decisioni per eseguire lo screening CRC dopo i 75 anni.
- Lo screening dovrebbe essere un processo in più fasi.
- La capsula del colon dovrebbe essere un'opzione per lo screening CRC nelle persone che non vogliono o non sono in grado di sottoporsi a una colonscopia o a un test immunochimico fecale. Questo metodo può essere ripetuto in 5 anni se i risultati fossero negativi.
- Lo screening dovrebbe iniziare

all'età di 40 anni o 10 anni prima che il parente più giovane fosse colpito. Quindi, le raccomandazioni sul rischio medio possono essere riprese per quelli con CRC o polipo avanzato in un parente di primo grado a 60 anni. Opzioni ragionevoli includono colonscopia o FIT.

- Le misure di qualità per lo screening della colonscopia devono essere misurate da un endoscopista e quindi raggiungere i benchmark minimi per intubazioni cecali superiori al 95%, tasso di rilevamento di adenoma superiore al 25% e tempo di sospensione superiore a 6 minuti.

- L'aspirina a basso dosaggio può essere utilizzata in aggiunta allo screening CRC in individui di età compresa tra 50 e 69 anni con rischio di malattie cardiovascolari superiore al 10% nei prossimi 10 anni, che non sono a maggior rischio di sanguinamento se sono disposti ad assumere ASA almeno per 10 anni per diminuire il rischio di CRC.

Nel documento viene suggerito che dovrebbero essere sviluppati programmi di screening organizzati per migliorare l'aderenza e implementate strategie migliori per uno screening più organizzato. Nessuna ulteriore indagine dovrebbe essere richiesta se il test del DNA delle feci multitarget positivo è seguito da una colonscopia senza risultati. A 10 anni, dovrebbe essere offerto lo screening ripetuto.

BIBLIOGRAFIA

- Shaukat A, et al "ACG clinical guidelines: colorectal cancer screening 2021" *Am J Gastroenterol* 2021; DOI: 10.14309/ajg.0000000000001122.

PREVENZIONE

Herpes zoster: nuovo vaccino ricombinante adiuvato

Sarà commercializzato in Italia quest'anno tramite il canale pubblico un nuovo vaccino ricombinante adiuvato contro l'herpes zoster (HZ), indicato nelle persone a partire da 50 anni d'età e negli individui ad aumentato rischio di herpes zoster a partire da 18 anni d'età. Lo ha reso noto il ministero della Salute nella circolare dell'8 marzo 2021.

► Principali caratteristiche

L'efficacia del nuovo vaccino, valutata in persone a cui sono state somministrate due dosi a distanza di 2 mesi, è intorno al 97% nei cinquantenni e del 91% nei soggetti ultrasessantenni.

Negli studi effettuati, sono stati ridotti in modo significativo i ricoveri ospedalieri correlati a herpes zoster. Nei pazienti adulti (18 anni ed oltre) sottoposti a trapianti di cellule staminali ematopoietiche autologhe o affetti da neoplasie ematologiche, l'efficacia è stata, rispettivamente, pari a circa il 68% e l'87%. Rispetto alla nevralgia post-erpetica (PHN), l'efficacia varia da circa il 70% negli ultraottantenni a circa il 100% nei cinquantenni e la protezione vaccinale sembra perdurare per diversi anni. Questo vaccino si è dimostrato efficace anche nel ridurre le complicanze correlate ad herpes zoster diverse da PHN.

► Scheda vaccinale

La scheda vaccinale primaria prevede la somministrazione di due dosi (0,5 ml ciascuna) a distanza di due mesi l'una dall'altra.

In caso di necessità tale periodo può essere aumentato fino a 6 mesi, oppure, in soggetti che sono o che potrebbero diventare immunodeficienti o immunodepressi a causa di malattia o terapia e che trarrebbero beneficio da un programma di vaccinazione più breve, la seconda dose può essere somministrata da 1 a 2 mesi dopo la dose iniziale. Questo vaccino può essere somministrato la stessa scheda di vaccinazione in individui precedentemente vaccinati con il vaccino vivo attenuato contro HZ.

Può inoltre essere somministrato in concomitanza con il vaccino contro l'influenza stagionale inattivato non adiuvato, con il vaccino pneumococcico polisaccaridico 23-valente (in questo caso tuttavia si sono manifestate con maggior frequenza alcune reazioni avverse, come febbre e brividi) o con il vaccino difterico, tetanico e pertossico (componente acellulare) (dTpa) ad antigene ridotto. I vaccini devono essere somministrati in siti di iniezione diversi. A causa della mancanza

di dati l'uso concomitante con altri vaccini non è raccomandato. Non è raccomandato l'uso di questo vaccino in gravidanza, come misura precauzionale, in assenza di dati.

► Profilo di sicurezza

In adulti di 50 anni di età e oltre l'effetto indesiderato più frequentemente riportato è stato dolore al sito di iniezione (68,1% globale/dose; 3,8% massiccia/dose), mialgia (32,9% globale/dose; 2,9% massiccia/dose), affaticamento (32,2% globale/dose; 3,0% massiccia/dose) e cefalea (26,3% globale/dose; 1,9% massiccia/dose). La maggioranza di queste reazioni è stata non di lunga durata (durata media da 2 a 3 giorni). Le reazioni riportate come gravi hanno avuto una durata da 1 a 2 giorni.

► Offerta vaccinale

Il Piano nazionale prevenzione vaccinale prevede che la vaccinazione anti-HZ deve essere offerta attivamente ai soggetti di 65 anni d'età e ai soggetti a rischio a partire dai 50 anni di età. Oltre alla fascia d'età anziana, la vaccinazione va quindi offerta in presenza di diabete mellito, patologia cardiovascolare, BPCO, soggetti destinati a terapia immunosoppressiva.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF della Circolare del Min. della Salute

Arteriopatia periferica degli arti inferiori in Medicina Generale

Prevenzione e gestione: proposta di un modello operativo

Questa raccolta dati vuole rappresentare l'insostituibile ruolo della Medicina Generale nella prevenzione della malattia aterosclerotica, nello specifico dell'arteriopatia periferica degli arti inferiori, individuando gli assistiti con uno o più fattori di rischio per lo sviluppo della PAD.

La proposta di un modello operativo pro-attivo potrebbe anticipare di molto tempo l'identificazione della patologia aterosclerotica rispetto alla comparsa della sintomatologia clinica

Stefano Riccardi - Medico di medicina generale, Specialista Wound Care - Asl RM 6 distretto H1

L'arteriopatia periferica degli arti inferiori (PAD o AOP) rappresenta la lesione aterosclerotica dell'aorta, delle iliache, delle femorali, delle poplitee e delle arterie sotto-poplitee che, seppure molto diffusa, è contemporaneamente sottostimata e sottotrattata, anche in virtù del valore predittivo sugli eventi cardiovascolari maggiori, come l'infarto del miocardio e l'ictus. Il Documento di Consenso Intersocietario TransAtlantico (TASC) anche se datato al 2007 ha avuto un impatto importante tra gli specialisti della terapia vascolare e tra i medici di medicina generale che vedono pazienti con arteriopatia periferica. Specialisti in economia sanitaria, nel mantenimento della salute e nella medicina basata sulle evidenze hanno elaborato le seguenti sezioni:

- storia
- epidemiologia
- fattori di rischio e loro gestione
- claudicatio intermittens (CI)
- ischemia critica degli arti (CLI)
- ischemia acuta degli arti (ALI)
- tecnologie (interventi, rivascolarizzazione e imaging).

Il testo è presentato in modo che gli

specialisti vascolari possano trovare la maggior parte delle informazioni di cui hanno bisogno, mentre i medici di medicina generale possano avere una guida per la diagnosi e le procedure diagnostiche, il riferimento dei pazienti e gli esiti aspettati in base alle varie opzioni di trattamento.

La prevalenza totale della malattia ha un range che va dal 3% al 10% arrivando al 15-20% dopo i 70 anni. La PAD colpisce 200 milioni di persone nel mondo di cui 40 milioni in Europa; la mortalità in Europa occidentale è pari al 3.5 per 10.000 individui.

La prevalenza dell'AOP/PAD asintomatica della gamba può essere stimata misurando l'indice di pressione sistolica caviglia-braccio (ABI): un ABI <0,9 a riposo è causato da stenosi arteriose emodinamicamente significative e spesso è usato come definizione emodinamica di AOP/PAD.

L'ABI rappresenta pertanto l'approccio diagnostico di prima linea sia per lo screening che per la diagnosi di PAD.

Nello studio PARTNERS sono stati valutati soggetti con età maggiore di 70 anni e soggetti con età compresa fra 50-69 anni con fattori di rischio per patologia vascolare in

320 ambulatori di medicina generale degli Stati Uniti: l'AOP/PAD è stata diagnosticata in 1.865 pazienti (29%); la CI era presente nel 5,5% dei pazienti con AOP di nuova diagnosi e nel 12,6% dei pazienti con precedente diagnosi di AOP.

In studi autoptici di adulti non selezionati il 15% degli uomini e il 5% delle donne che erano asintomatici aveva una stenosi >50% di un'arteria della gamba. È interessante confrontare ciò con la constatazione che il 20-30% dei soggetti con occlusione completa di almeno un'arteria coronaria all'autopsia è stato asintomatico. Si può concludere che per ogni paziente con AOP sintomatica ci sono 3-4 soggetti con AOP che non soddisfano i criteri clinici per CI. La CI è il principale sintomo di AOP, ma l'entità di tale sintomo non sempre predice la presenza o l'assenza dell'arteriopatia. Un paziente con AOP severa può non avere il sintomo della CI perché altre condizioni limitano l'esercizio oppure conduce una vita sedentaria; una stenosi lieve si può manifestare solo quando il paziente svolge intensa attività fisica; al contrario una stenosi spinale si manifesta con una sintomatologia

logia clinica simile alla CI in assenza di patologia vascolare.

La prevalenza della CI appare aumentare con l'età: dal 3% nei pazienti di 40 anni e al 6% in pazienti di 60 anni.

Studi di screening di popolazione hanno rilevato che il 10-50% dei pazienti non ha mai consultato un medico per i loro sintomi.

La PAD è associata con un'alta prevalenza di aterosclerosi in altre sedi del letto vascolare. Le maggiori cause di morbilità e mortalità dei pazienti con PAD sono l'infarto miocardico e lo stroke.

I sintomi e i segni della PAD sono variabili. La maggior parte dei pazienti non presenta la classica CI: sono asintomatici oppure possono presentare dolore o malessere a riposo che peggiora con lo sforzo, dolore o malessere che non impedisce la deambulazione oppure dolore o malessere che inizia con lo sforzo ma non viene alleviato dal riposo (oltre 10 minuti).

Sulla base di queste premesse è possibile ipotizzare che la medicina generale possa rappresentare il cardine dell'analisi dei fattori di rischio dei propri assistiti permettendo una selezione dei pazienti da inviare ad esami di imaging avanzato e alla consulenza specialistica. I criteri utilizzati a supporto di un fattore di rischio richiedono uno studio prospettico e controllato che mostri non solo una associazione con la patologia, ma evidenzii le modifiche dello sviluppo o del decorso della patologia stessa, come è stato verificato per la cessazione del fumo o per il trattamento della dislipidemia. Il rischio può essere legato anche ad altre anomalie metaboliche o vascolari associate al diabete.

La relazione fra AOP e fumo è stata riconosciuta fin dal 1911; la severità dell'arteriopatia tende ad aumentare con il numero delle sigarette fumate: forti fumatori hanno un rischio 4 volte superiore ai non fumatori di sviluppare CI. Il numero di pacchetti fumati per anno è associato alla severità del-

la malattia, ad un aumento del rischio di amputazione, di occlusione di graft periferico e di mortalità.

Nello studio di Framingham livelli di colesterolo totale >270 mg/dl erano associati ad un raddoppiamento dell'incidenza di CI, ma il livello di HDL era il migliore predittore di insorgenza di AOP. C'è evidenza che il trattamento dell'iperlipemia riduca sia la progressione dell'AOP che l'incidenza di CI.

Molti studi hanno mostrato un'associazione tra il diabete mellito e lo sviluppo di AOP. La CI è circa 2 volte più comune tra i pazienti diabetici che tra i non diabetici; per ogni aumento dell'1% di emoglobina glicata c'è un incremento del 26% del rischio di AOP. L'insulino-resistenza è un fattore di rischio per AOP anche nei soggetti non diabetici aumentando il rischio del 40-50%.

L'ipertensione arteriosa è associata ad un rischio aumentato 2-3 volte per AOP. L'iperomocisteinemia è rilevata nel 30% dei soggetti giovani con AOP contro l'1% della popolazione generale. Nel contesto della medicina generale o nella comunità di una popolazione ad alto rischio i soggetti che dovrebbero essere considerati per uno screening dell'ABI sono:

- soggetti con sintomi da sforzo alla gamba,
- soggetti di 50-69 anni che hanno anche fattori di rischio cardiovascolare,
- tutti i pazienti di età superiore a 70 anni,
- soggetti con un rischio di eventi cardiovascolari a 10 anni tra il 10 e il 20%, nei quali è giustificata un'ulteriore stratificazione del rischio (www.escardio.org; www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol).

La stratificazione del rischio mediante Framingham Risk Score consiglia di variare la stima, in senso peggiorativo, se l'ABI <0,9.

AHA/ACC 2016 identifica nei soggetti con rischio aumentato di PAD i seguenti fattori:

- età >65 anni,
- età fra 50 e 64 anni con fattori di rischio per aterosclerosi, diabete mellito, fumo, iperlipemia, ipertensione arteriosa, storia familiare di PAD,
- età <50 anni con diabete mellito e 1 fattore di rischio aggiuntivo per aterosclerosi,
- individui con malattia aterosclerotica nota presente in altri distretti vascolari.

► Materiali e metodi

Sulla base di tali premesse è stata progettata una indagine epidemiologica osservazionale sulla prevalenza della PAD in pazienti asintomatici nel bacino degli assistiti del Mmg; a tal fine è stata creata una griglia per la raccolta dei dati rivolta ad assistiti asintomatici con uno o più fattori di rischio per lo sviluppo dell'arteriopatia obliterante degli arti inferiori (*tabella 1*).

La raccolta dei dati è iniziata nel settembre del 2020.

In primo luogo è stata considerata la fascia di età degli assistiti per i quali la letteratura individua un rischio più elevato di sviluppare la PAD e precisamente fra i 50 ed i 69 anni: il numero di assistiti del Mmg che rientrava in questa fascia di età era rappresentata da 488 assistiti su 1.490 iscritti (32,7%).

Da questo primo gruppo di 488 assistiti sono stati esclusi (*figura 1*):

a) 3 pazienti (0,6%) già sottoposti a intervento di chirurgia vascolare:

- C.A. 60 anni donna nel 2015 PTA e stenting arteria iliaca esterna dx,
- T.M. 64 anni uomo nel 2018 bypass femoro-popliteo sx,
- P.L. 60 anni uomo nell'aprile 2020 angioplastica e stenting arterie iliaiche comuni e arteria iliaca esterna sx e nel novembre 2020 stenting arteria femorale superficiale dx.

b) 35 pazienti (7,2%) affetti da diabete mellito e quindi già in trattamento per la malattia di base e le note complicanze cardiovascolari.

La presenza dei fattori di rischio è

TABELLA 1

Griglia multiparametrica

Paziente	Sesso	Età	B.M.I. ≥ 30 kg/m ²		Fumo (pacchetti/anno) ≥ 30		Dislipidemia (nota 13 AIFA)		HDL < 40 mg/dL		Iperensione arteriosa severa		Iperomocistenemia > 17 μ mol/L		Malattia aterosclerotica in altre sedi	
			Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
			Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
			Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

Elaborazione Dr Stefano Riccardi 2021

stata registrata mediante la griglia per la raccolta dei dati (tabella 1) che prevede la registrazione della risposta mediante questionario chiuso multiplo (risposta si/no).

I fattori di rischio esaminati sono stati i seguenti:

1. Indice di massa corporea (BMI) uguale o superiore a 30 kg/m², le cui complicanze comprendono le patologie cardiovascolari soprattutto in soggetti con eccesso di grasso addominale.

2. Tabagismo: sono stati registrati solo forti fumatori, cioè con valori di pacchetti/anno uguali o superiori a 30 (numero di anni di fumo, continui o interrotti, per numero medio di sigarette fumate al giorno diviso 20).

3. Dislipidemia: in base alla nota 13

AIFA si è proceduto alla registrazione della presenza o assenza delle seguenti condizioni patologiche:

- ipercolesterolemia poligenica,
- ipercolesterolemia familiare monogenica FH,
- iperlipemia combinata familiare,
- disbetalipoproteinemia familiare.

4. Valore di colesterolo HDL < 40 mg/DL.

5. Iperensione arteriosa severa: sono stati individuati solo i pazienti in poli-trattamento antipertensivo con 3 o più farmaci.

6. Valore della omocisteina > 17 micromol/L.

7. L'ultimo fattore di rischio analizzato è stata la presenza o meno della **malattia aterosclerotica in altri distretti arteriosi** per la quale il paziente è già stato sottoposto a trattamento.

so nella griglia multiparametrica, il Mmg potrà contattarli con il fine di:

- ottenere il consenso informato e la liberatoria per la pubblicazione delle immagini fotografiche,
- fissare un appuntamento per effettuare l'esame obiettivo del piede e del trofismo cutaneo,
- calcolare l'indice ABI.

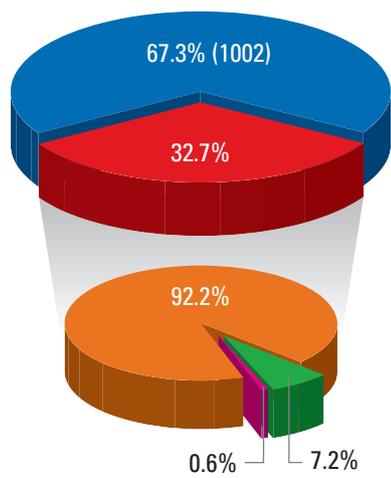
Naturalmente lo studio epidemiologico in questa fase pandemica è stato e sarà rallentato dalle vigenti norme di sicurezza che impediscono un afflusso incontrollato presso l'ambulatorio del Mmg e pertanto sia l'esame del piede che l'esecuzione dell'ABI richiederanno tempi più lunghi del previsto.

L'applicazione del modello operativo permetterebbe di valutare e confrontare i dati ottenuti dalla medicina generale soprattutto se utilizzato in diverse aree geografiche, rurali, urbane, industriali, agricole: tutto ciò richiederebbe un grande supporto logistico, organizzato e capillare, un centro epidemiologico di riferimento validato per l'elaborazione dei dati ed un grande impegno della medicina generale, talora indifferente alla mera raccolta dei dati anche perché non sempre le viene riconosciuto il grande impegno e la professionalità che essa richiede.

I risultati ottenuti potrebbero consentire una prescrizione razionale ed appropriata dei farmaci per il trattamento della PAD alla luce delle attuali conoscenze scientifiche.

FIGURA 1
Selezione dei pazienti

- Totale assistiti 50-69 anni
- Totale assistiti arruolati



► Discussione e conclusioni preliminari

In questa prima fase della raccolta dei dati si vuole rappresentare innanzitutto l'insostituibile ruolo della medicina generale nella prevenzione della malattia aterosclerotica, e nello specifico degli arti inferiori, individuando gli assistiti con uno o più fattori di rischio per lo sviluppo della PAD; a questo scopo la proposta di un modello operativo proattivo rivolto ad iscritti asintomatici potrebbe anticipare di molto tempo l'identificazione della patologia aterosclerotica rispetto alla comparsa della sintomatologia clinica.

Una volta individuati gli assistiti asintomatici inserendo i dati in suo posses-

Bibliografia disponibile a richiesta

Integrazione ospedale-territorio in ambito oncologico

La storia del paziente oncologico è caratterizzata da brevi fasi ospedaliere e da lunghi periodi domiciliari. Serve un cambio di passo per istituire l'oncologia del territorio: il 30% dei pazienti potrebbe essere seguito a domicilio per le terapie orali e per il follow-up

L'emergenza Covid-19 ha evidenziato l'importanza dell'integrazione ospedale-territorio, anche in ambito oncologico. Oggi il tumore è sempre più una patologia cronica: in Italia vivono più 3 milioni e 600mila cittadini dopo la diagnosi di tumore. Circa il 30%, oltre un milione di persone, potrebbe essere seguito sul territorio, in particolare, almeno il 20% dei casi di cancro del polmone, il 30% di quelli del colon-retto e più del 50% della mammella potrebbero essere gestiti al di fuori degli ospedali.

È su queste basi e per promuovere un cambiamento profondo dell'assistenza ai pazienti oncologici che è nata "Fondazione Periplo", evoluzione di Periplo, associazione formata da clinici che svolgono un ruolo di riferimento nelle reti oncologiche regionali di appartenenza.

► Sinergia specialista-Mmg

Serve dunque un cambio di passo per istituire l'oncologia del territorio. "La pandemia - spiega **Gianni Amunni**, Presidente Associazione Periplo e Direttore Generale Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO) - ha attivato modelli emergenziali sperimentali di presa in carico del paziente oncologico a distanza e a livello territoriale o domiciliare, con discreta efficacia delle prestazioni, anche in as-

senza di chiari modelli organizzativi. Il progetto SMART vuole ridisegnare il paradigma dell'assistenza oncologica, superando i muri tra le istituzioni sanitarie e promuovendo competenze adeguate sul territorio. Il punto di partenza è definire quanta parte del percorso oncologico possa esservi svolta. La storia naturale del paziente oncologico è caratterizzata da brevi fasi ospedaliere ben strutturate e da lunghi periodi territoriali o domiciliari con bisogni che non trovano risposte altrettanto organizzate. Alcuni trattamenti, di medio e basso impegno assistenziale, possono essere eseguiti al domicilio del paziente sotto controllo specialistico in sinergia con il medico di famiglia. Inoltre una quota crescente di pazienti che assumono terapie orali continuative può, sotto controllo specialistico, essere gestita da nuove figure come gli oncologi territoriali ambulatoriali. Anche il follow-up si configura come un esempio di medicina di iniziativa da affidare all'esterno dell'ospedale. Deve essere prevista una cartella clinica informatizzata unica (ospedale e territorio), alimentata da tutti i professionisti coinvolti nelle diverse fasi del percorso".

► Appropriatezza del percorso assistenziale

I passi in avanti in oncologia sono determinati non solo dal singolo far-

maco, ma anche dall'appropriatezza di un percorso assistenziale complesso, che va dalla diagnosi precoce, alla corretta stadiazione, all'intervento chirurgico, all'analisi anatomo-patologica e molecolare, fino alla scelta appropriata delle terapie e al follow-up. In questo contesto si inseriscono i progetti Re.Mi e MAP. "Re.Mi definisce i requisiti minimi del PDTA dei carcinomi di mammella e polmone - afferma **Valentina Guarneri**, ordinario di Oncologia Medica all'Università di Padova. Lo scopo è condividere e uniformare a livello nazionale i requisiti minimi del PDTA. Particolare attenzione è rivolta al rispetto dei tempi. Ad esempio, nel tumore della mammella, l'esito dell'analisi anatomo-patologica deve essere disponibile entro 20 giorni. Dopo la conferma istologica, il caso viene discusso in ambito multidisciplinare, dove è indicata la strategia terapeutica. Per il percorso chirurgico, l'intervento deve essere eseguito entro 30 giorni da quando è posta l'indicazione e la terapia medica adiuvante va iniziata entro 8 settimane dall'intervento. Sappiamo che il ritardo può compromettere l'efficacia della migliore terapia mirata". Per il tumore del polmone l'esito della diagnosi anatomo-patologica deve essere disponibile entro 10 giorni e l'intervento va eseguito entro 30 giorni.

Chemioterapia oncologica: cosa deve sapere il medico di famiglia

Esistono centinaia di chemioterapici diversi che vengono somministrati in molte combinazioni. Non è pratico imparare meccanismo d'azione e profilo degli effetti collaterali di ognuno, ma il medico di medicina generale dovrebbe aver presente i principali effetti avversi potenzialmente pericolosi e sapere come gestirli

Gilberto Lacchia - Medico di medicina generale, Ivrea - prescrivere.blogspot.com

I chemioterapici usati in oncologia possono rientrare in due gruppi:

- quelli che agiscono durante la fase di divisione del ciclo cellulare (specifici del ciclo cellulare),
- quelli che agiscono mentre le cellule sono nella fase di riposo (non specifici del ciclo cellulare).

► Effetti collaterali a breve/medio termine

Alcuni effetti collaterali sono immediati, come le reazioni allergiche o l'extravasazione del chemioterapico, ma sono più probabili gli effetti avversi che si verificano nei giorni o nelle settimane successive all'inizio del trattamento.

► Mielosoppressione

All'inizio del trattamento la terapia non provoca immediatamente una riduzione della conta delle cellule ematiche, perché le cellule nel sangue periferico sono sufficienti. Quando queste muoiono e non vengono sostituite, la conta diminuisce. La riduzione non si verifica fino ad almeno una settimana dopo la chemioterapia. Il momento in cui la conta è al minimo (*nadir*) è di solito 7-10 giorni dopo la somministrazione per leucociti e piastrine e 3-4 settimane per gli eritrociti.

Si parla di neutropenia se la conta di neutrofili è inferiore a $1.5 \times 10^9/L$.

Non ci sono sintomi specifici di neutropenia, ma nei pazienti a rischio alcuni segni e sintomi vanno presi molto seriamente:

- Temperatura superiore a 38°C o inferiore a 36°C (oltre a malessere e segni di infezione)
- Brividi/sudorazioni
- Tosse/dispnea
- Diarrea/vomito
- Oro-/faringodinia
- Eritemi
- Disuria
- Edema/dolore articolare

► Nausea e vomito

Possono presentarsi subito dopo la chemioterapia o qualche giorno dopo. Spesso persistono per giorni per poi attenuarsi gradualmente.

La sintomatologia dipende dall'attivazione dei recettori D2 e 5HT3 della *chemoreceptor trigger zone* da parte del chemioterapico che causa nausea e vomito. Gli antiemetici con maggiore affinità per questi recettori sono domperidone, metoclopramide, aloperidolo e antagonisti 5HT3 come l'ondansetron.

Questi ultimi non dovrebbero essere usati per più di 5 giorni perché possono causare stipsi.

► Diarrea

Può avere cause diverse (chemio/radioterapia, farmaci, integrazione

alimentare, ansia).

Alcuni chemioterapici possono alterare le funzioni di secrezione e assorbimento dell'intestino tenue e provocare diarrea. Ciò si verifica di solito un paio di giorni dopo la somministrazione della chemioterapia o, con alcuni protocolli che prevedono l'assunzione orale per un paio di settimane a ciclo, può durare per tutto il periodo in cui vengono assunte le compresse.

Può essere trattata con farmaci anti-diarroici (loperamide, codeina). In caso di diarrea continua, disidratazione, crampi addominali o sangue nelle feci è opportuna una rivalutazione specialistica.

TABELLA 1

Tipi di chemioterapici

Agenti alchilanti farmaci non specifici per il ciclo cellulare (per es. ciclofosfamide, carboplatino)

Alcaloidi vegetali derivati da alcuni tipi di piante; sono specifici per il ciclo cellulare (paclitaxel, vincristina, vinorelbina)

Antibiotici antitumorali derivati da sostanze naturali prodotte da funghi; sono specifici per il ciclo cellulare (per es. doxorubicina, epirubicina, mitomicina)

Antimetaboliti specifici per il ciclo cellulare (per es. metotrexato, capecitabina, 5-fluorouracile)

Inibitori della topoisomerasi (per es. topotecan, etoposide)

» Stipsi

Può essere causata da alcuni chemioterapici come vincristina o vinblastina, ma è spesso un effetto collaterale dei farmaci utilizzati per alleviare gli effetti avversi della chemioterapia, quali gli antiemetici (antagonisti 5HT3) e il desametasone.

» Mucosite orale

Da un lieve disagio fino a una franca ulcerazione della mucosa, che rende estremamente difficile mangiare e bere. È un sintomo frequente della neutropenia e di infezioni orali, in particolare candidiasi che va ricercata e trattata. Alcuni chemioterapici, come il metotrexate, causano spesso ulcerazioni orali. Con la chemioterapia viene somministrato acido folinico che può prevenire o ridurre le ulcerazioni. Il dolore orale può essere alleviato anche con collutori anestetici, come la benzidamina cloridrato spray (Tantum verde).

» Sindrome palmo-plantare

Detta anche eritrodismetria palmo-plantare. Si ritiene sia causata da piccole quantità di chemioterapico che fuoriescono dai capillari (extravasazione) nei tessuti di palmi e piante. Provoca eritema, dolorabilità, formicolii e a volte desquamazione e formazione di vesciche. Si sviluppa 3-4 settimane dopo l'inizio della chemioterapia. Va prevenuta evitando attività come lunghe camminate, attrito locale eccessivo ed esposizione prolungata all'acqua calda.

La piridossina (vitamina B6) può essere utile, ma il provvedimento più importante è la riduzione della posologia del chemioterapico.

» Alterazioni ungueali

Le unghie possono sfaldarsi, diventare fragili e cambiare colore, di solito 3-4 settimane dopo l'inizio del trattamento. Sono alterazioni generalmente reversibili e che si risolvono in alcuni mesi dopo la fine della chemioterapia.

» Neurotossicità

La neuropatia sensoriale periferica è la forma più comune (30-40% dei pazienti) ed è dose-dipendente; compare di solito 3-4 settimane dopo l'inizio della chemioterapia e spesso aumenta di gravità con dosi cumulative. È più comune con gli alcaloidi della vinca, i taxani e i composti del platino. Si presenta solitamente con formicolii o sensazione di spilli e aghi nelle dita di mani o piedi, che possono diffondersi gradualmente. È generalmente reversibile dopo la fine della chemioterapia, ma ciò può richiedere mesi. Riconoscere precocemente i sintomi e intervenire riduce il rischio di lesioni permanenti, che, quando si verificano, beneficiano da terapie con triciclici (per es. amitriptilina) o gabaergici (per es. pregabalin).

» Alterazioni nutrizionali

Si verificano a causa di molteplici fattori indotti dalla chemioterapia:

- Anoressia
- Nausea/vomito
- Stomatite
- Disgeusia
- Stipsi o diarrea
- Coliti

La malnutrizione aumenta il rischio infettivo e riduce la risposta alla terapia. Va considerato l'uso di integratori alimentari in caso di perdita del 10% del peso corporeo negli ultimi 6 mesi.

» Astenia

È molto comune e dopo la fine della chemioterapia può essere necessario fino a un anno perché il sintomo regredisca. Il paziente va rassicurato sul fatto che la stanchezza è una parte normale del trattamento e che è importante rimanere attivi per affrontare i cambiamenti fisici e lo stress che la terapia comporta.

Vanno considerate anche altre cause:

- Anemia
- Dolore
- Depressione
- Infezioni

▶ Effetti collaterali a lungo termine

» Neoplasie

Leucemia mieloide acuta e sindrome mielodisplastica sono più strettamente collegate al trattamento chemioterapico.

» Neurotossicità

La chemioterapia potenzialmente può causare declino cognitivo, per il quale attualmente non esistono trattamenti. La neuropatia periferica in alcuni casi può diventare un problema a lungo termine.

» Effetti cardiovascolari

Le complicanze cardiache della chemioterapia comprendono insufficienza cardiaca cronica (antracicline), ipertensione arteriosa, ischemia, fibrosi, pericardite e aritmie. Possono presentarsi a breve termine, ma i sintomi possono non essere evidenti per anni.

» Stanchezza cronica

La causa è multifattoriale e può dipendere sia dalla neoplasia sia dalla terapia. Rispetto ad altri gruppi di pazienti, hanno più probabilità di accusare stanchezza cronica le donne e chi ha ricevuto terapie per cancro della mammella o morbo di Hodgkin.

» Fibrosi polmonare

Alcuni chemioterapici (bleomicina) hanno una maggiore propensione a causare fibrosi. È a maggior rischio chi fuma, ha effettuato una radioterapia mediastinica e ha ricevuto dosi elevate.

» Infertilità

L'amenorrea si verifica in circa un terzo delle pazienti in chemioterapia e può durare anche 6 mesi dopo la fine del trattamento. Purtroppo l'effetto sulla funzione ovarica può essere permanente; sono più a rischio le donne di età più avanzata. Anche la fertilità maschile può essere influenzata da alcuni chemioterapici, come il cisplatino che causa azoospermia. È temporanea in oltre la metà dei pazienti.

Sistema nervoso e SARS-CoV-2

Le manifestazioni neurologiche di Covid-19 costituiscono una delle principali sfide per la salute pubblica non solo per gli effetti acuti, ma anche per i danni a lungo termine alla salute del cervello che potrebbe derivarne, tanto da auspicare in futuro un'attenta sorveglianza epidemiologica

Paolo Calabresi - *Ordinario Neurologia - Direttore Neurologia, Policlinico Gemelli, Roma*

Ci sono prove crescenti che il sistema nervoso sia frequentemente coinvolto in pazienti ospedalizzati con Covid-19. Il dato non è sorprendente, perché le manifestazioni neurologiche sono state descritte a lungo nelle infezioni da altri virus respiratori, inclusi i coronavirus. Spesso Covid-19 si manifesta con sintomi neurologici e neuropsichiatrici molto vari: encefaliti, vertigini, disturbi del sonno, deficit cognitivi, delirio, allucinazioni e depressione. Simile a SARS-CoV-1, SARS-CoV-2 utilizza l'ACE2 come principale recettore di attacco della "proteina spike" per l'ingresso cellulare. La proteina ACE2 è stata osservata nel sistema vascolare, ma in minor misura nel rivestimento dei vasi cerebrali. Tuttavia, il sequenziamento dell'RNA ne ha dimostrato la presenza, anche se modesta nel cervello umano. Studi su topi transgenici hanno dimostrato che SARS-CoV-2 può infettare i neuroni e causare la morte neuronale utilizzando un meccanismo che dipende dalla proteina ACE2, la stessa utilizzata in altri organi. Gli studi clinico-patologici che hanno dimostrato la presenza del virus nel cervello o nel liquido cerebrospinale non sono sempre stati univoci. Infatti, mentre alcuni trial hanno mostrato SARS-CoV-2 RNA nel cervello o nel liquor in pazienti Covid-19 con encefalopatia, altri studi non hanno replicato questi risultati.

► Vie di penetrazione del virus

Un quesito scientifico è stabilire quali siano le vie di penetrazione del virus

nel cervello. Una prima ipotesi è quella della via olfattoria. Infatti, la perdita dell'olfatto è una manifestazione neurologica frequente in Covid-19. Inoltre, studi di RM hanno mostrato un aumento del segnale nella corteccia olfattiva che potrebbe associarsi all'infezione. Pertanto il virus potrebbe essere interiorizzato nei terminali nervosi della mucosa olfattoria e così diffondersi ad altre regioni del cervello, come descritto per altri coronavirus.

Alterazioni della barriera emato-encefalica potrebbero facilitare l'ingresso del virus nel cervello. Infatti, durante la "tempesta citochinica" scatenata da SARS-CoV-2, alcune di queste citochine potrebbero alterare tale barriera protettiva e favorire l'ingresso del virus. È stato ipotizzato che alcune malattie concomitanti (malattie CV, obesità, malattie neurologiche preesistenti) potrebbero, da sole o in combinazione con citochine, aumentare la permeabilità della barriera emato-encefalica.

Vi è un altro meccanismo di danno cerebrale legato all'ischemia cerebrale globale causata dall'insufficienza respiratoria.

Danni ischemici cerebrali sono inoltre da ictus tromboembolici correlati ad un aumento della coagulazione intravascolare. Spesso tali ictus cerebrali sembrano avere caratteristiche diverse da quelle osservate in pazienti non colpiti da Covid-19 e riguardano una popolazione più giovane. Reperti atopici hanno evidenziato microtrombi diffusi anche a livello cerebrale. I pa-

zienti con Covid-19 possono essere a rischio di ictus cardioembolico anche a causa del danno cardiaco acuto e delle aritmie segnalati in circa il 10% dei ricoverati.

► Esperienza del Gemelli

In uno studio da noi pubblicato abbiamo seguito 213 pazienti ricoverati positivi dopo determinazione su tamponi nasali o faringei per SARS-CoV-2 e 218 negativi come gruppo di controllo. Nei pazienti positivi abbiamo osservato una maggiore frequenza di cefalea, iposmia ed encefalopatia sempre correlata a condizioni sistemiche (febbre o ipossia). Inoltre, il coinvolgimento muscolare era più frequente nell'infezione da SARS CoV-2. In conclusione, le manifestazioni neurologiche di Covid-19 costituiscono una delle principali sfide per la salute pubblica non solo per gli effetti acuti sul cervello, ma anche per i danni a lungo termine alla salute del cervello che potrebbe derivarne. Queste manifestazioni ritardate potrebbero essere presenti anche in pazienti che non hanno mostrato sintomi neurologici in acuto. Questa possibilità richiede ora e in futuro un'attenta sorveglianza epidemiologica.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Paolo Calabresi

Agopuntura in ambito sportivo

I principali campi di applicazione dell'agopuntura nello sport, anche amatoriale, riguardano la riduzione dei tempi di recupero da traumi e chirurgia, la gestione dello sforzo legato all'allenamento e il miglioramento della risposta tecnica all'allenamento

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

L'agopuntura è un sistema medico millenario, le sue origini affondano nella preistoria e da allora è stata utilizzata in modo continuativo nel trattamento di numerose patologie. Già dagli anni '70 l'OMS ne ha riconosciuto il beneficio e da allora il lavoro condotto a livello internazionale ne ha chiarito i meccanismi centrali, periferici e individuato i principali campi di utilizzo.

Uno degli effetti più conosciuti dell'agopuntura è quello sul dolore acuto e cronico, anche se il trattamento del dolore è solo la punta di un iceberg; infatti, tramite diversi meccanismi d'azione, l'agopuntura riesce a promuovere una guarigione stabile e duratura dei disturbi che spesso non necessita di successivi trattamenti, perché la risposta che attiva procede in senso fisiologico verso la riparazione del danno, la *restitutio ad integrum* così rara nella patologia non trattata. Questo semplice stimolo con un ago di metallo attiva il sistema nervoso in modo molto specifico, con una cascata di effetti locali - sulle cellule della riparazione dei tessuti, su circolazione, drenaggio linfatico e modulazione dell'infiammazione - ed effetti centrali sulla risposta del cervello, ormonale e comportamentale, alla patologia. Per questo si hanno effetti sulla postura, sul tono muscolare, sulla percezione della sofferenza ma anche sul trofismo dei tessuti malati. L'agopuntura trova quindi applicazione in tutti i tipi di dolore muscoloscheletrico, nel dolore legato alle patologie immu-

nitarie, nel recupero postchirurgico; inoltre la sua attività specifica sull'aspetto vascolare, cellulare e neurologico della riparazione dei tessuti, ne fa uno strumento privilegiato in tantissime patologie complesse come la fibromialgia, il dolore pelvico cronico o la sindrome delle gambe senza riposo.

► Il paziente sportivo

Gli atleti hanno compreso ormai da diversi anni il potenziale dell'agopuntura e sono in molti ad utilizzarla. Il paziente sportivo risente di disturbi correlati all'allenamento, cronici e di difficile trattamento, legati al sistema osteoarticolare ma anche all'affaticamento fisico cronico, con le sue conseguenze ormonali e immunitarie, che spesso esitano in quella che viene definita sindrome da sovrallenamento (*overtraining*). Essa è caratterizzata nelle prime fasi da stanchezza fisica e psicologica, spesso misconosciuta, che nel tempo progredisce con alterazioni ormonali ed immunitarie importanti, aumentando anche la sensibilità a diversi tipi di infortunio, in particolare a quelli dell'arto inferiore e al piede. Se queste patologie erano un tempo caratteristiche soltanto degli atleti professionisti, oggi sono molto più diffuse tra tutti coloro che praticano un'attività sportiva, sia nelle fasce di età giovanili che nello sport amatoriale, dove spesso si raggiungono carichi di lavoro importanti in persone impegnate in altre attività che non hanno la possibilità di rispettare i tempi di recupero.

► Campi di applicazione

I principali campi di applicazione dell'agopuntura nello sport riguardano l'accorciamento dei tempi di recupero da traumi e chirurgia, la gestione dello sforzo legato all'allenamento e il miglioramento della risposta tecnica all'allenamento. Nel trauma l'agopuntura assicura diverse attività specifiche che consentono una riparazione più efficace; migliora la vascolarizzazione dei tessuti, riduce l'edema, aumenta il drenaggio linfatico della zona malata e rafforza la propriocezione, proteggendo il nervo dagli effetti dell'edema e del danno tissutale. Interviene anche migliorando il cosiddetto blocco antalgico, che protegge la zona malata da ulteriori danni ma che, nel tempo, ritarda la ripresa del movimento fisiologico e può indurre altri disturbi legati ai compensi posturali. L'agopuntura riesce a promuovere la corretta riparazione del danno e destruttura gli adattamenti patologici centrali e periferici. Questi effetti sono particolarmente utili anche negli artisti di *performing arts* (ballerini, musicisti, cantanti) che come gli sportivi sono spesso afflitti da dolori cronici, da disturbi legati all'allenamento e allo stress della *performance*.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Cecilia Lucenti

Fegato e metabolismo lipidico

Le differenze di genere nelle malattie metaboliche, in particolare nella NAFLD, sono oggi oggetto di ricerca. Studi sul recettore degli estrogeni alfa epatico suggeriscono che possa essere considerato un potenziale target per lo sviluppo di terapie farmacologiche che possano contrastare in modo sesso-specifico lo sviluppo della NAFLD

Sara Della Torre - Dipartimento di Scienze Farmaceutiche (DISFARM) - Università degli Studi di Milano

Tra le malattie metaboliche, la steatosi epatica non alcolica (NAFLD), una sindrome caratterizzata da un eccessivo accumulo di trigliceridi nel fegato, ha raggiunto proporzioni epidemiche e rappresenta un crescente problema di salute pubblica a causa della sua forte associazione con diverse patologie extra-epatiche, incluse quelle cardiovascolari¹. L'incidenza della NAFLD è stimata attorno al 30% nella popolazione generale e prossima al 90-95% negli obesi. Diversi altri fattori possono favorire lo sviluppo della NAFLD, inclusi alcuni polimorfismi genetici, l'eccessivo consumo di cibo, lo stile di vita, l'età.

► NAFLD e differenze di genere

La NAFLD ha un'incidenza 2-3 volte maggiore negli uomini rispetto alle donne in età fertile; tuttavia, con la menopausa tale differenza viene a perdersi, suggerendo che gli estrogeni abbiano un ruolo protettivo. Nonostante l'incidenza, lo sviluppo e la progressione delle patologie a carico del fegato differiscano tra i due sessi, la nostra conoscenza dell'entità del dimorfismo sessuale epatico nella fisiopatologia rimane molto limitata. Le ragioni di ciò sono riconducibili a: la scarsità di studi preclinici e clinici che includano entrambi i sessi; le limitate e parzialmente fuorvianti conclusioni di alcuni studi che non tengono in considerazione l'effetto degli ormoni sessuali o li escludono a priori ritenen-

doli - per assurdo - potenziali "effetti confondenti" visione frammentaria e incompleta dell'entità delle differenze sessuali, conseguenza di disegni sperimentali che non condividono protocolli comuni o non raggiungono una significatività statistica a causa del basso numero di campioni analizzati². Questa limitata comprensione della natura del dimorfismo sessuale epatico e del contributo specifico degli estrogeni, ad oggi ha impedito lo sviluppo di terapie sesso-specifiche utili a prevenire/limitare malattie epatiche come la NAFLD.

► Recettore degli estrogeni alfa

Studi condotti nel nostro laboratorio di ricerca hanno dimostrato la rilevanza del recettore degli estrogeni alfa (ER α) nella regolazione del metabolismo epatico femminile: nel fegato della femmina, ER α agisce come un sensore dello stato ormonale e nutrizionale (degli amminoacidi, in particolare) e modula il metabolismo epatico al fabbisogno energetico delle differenti fasi riproduttive, contribuendo al dimorfismo sessuale epatico. La mancata attivazione di ER α epatico da parte degli estrogeni in un modello murino di menopausa chirurgica (ovariectomia) causa un aumento del deposito di lipidi nel fegato, riproducendo l'aumentata incidenza della NAFLD che si riscontra nelle donne in post-menopausa. A partire da queste evidenze, abbiamo ipotizzato che ER α epatico possa ave-

re un ruolo sesso-specifico nel contrastare lo sviluppo di NAFLD in un modello murino di obesità indotta da dieta. Per valutare questa ipotesi, topi maschi e femmina controllo e LERKO (che non esprimono ER α nel fegato) sono stati alimentati per 16 settimane con una dieta controllo o con una dieta arricchita in grassi³.

Le analisi effettuate hanno dimostrato che, contrariamente ai maschi, le femmine sono in grado di contrastare l'eccessiva assunzione di lipidi, inibendo l'assorbimento e la sintesi lipidica e stimolando l'ossidazione degli acidi grassi, prevenendo così l'accumulo di lipidi nel fegato. Tale prerogativa sesso-specifica dipende fortemente dall'azione di ER α epatico, la cui assenza porta ad un significativo deposito di lipidi nel fegato delle femmine LERKO3. Nei maschi, l'assenza di ER α è responsabile di alterati livelli di lipidi circolanti³ che potrebbero favorire lo sviluppo di aterosclerosi e patologie CV. I risultati suggeriscono che ER α epatico possa essere considerato un potenziale target per lo sviluppo di terapie che possano contrastare o limitare in modo sesso-specifico lo sviluppo della NAFLD, così come delle patologie CV ad essa associate.

BIBLIOGRAFIA

1. *Nat Med* 2018; 24: 908-22.
 2. *Biol Sex Differ* 2017; 8:22.
 3. *Mol Metab* 2020; 32: 97-108.
- Articolo pubblicato anche in "Newsletter Medicina di genere" 2021

Dialogo sul futuro della cura

Una riflessione sul senso della medicina e sulla necessità di un approccio al malato che sappia guardare alla globalità dei problemi, vissuti di malattia, complessità e contesti

È con piacere che presentiamo la nuova fatica letteraria di **Giuseppe Maso**, medico di famiglia di Venezia e professore di Medicina di Famiglia all'Università di Udine, nonché prezioso collaboratore di *M.D.* Nella nuova pubblicazione Maso ci consegna la sua appassionata riflessione, a tratti amara e preoccupata, ma mai rassegnata, anzi le sue considerazioni sul futuro della medicina sono innovative.

"Non c'è per me al mondo un posto come questo. Quello che provo ora non l'ho mai provato in nessun altro luogo. Seduto qui, al tramonto, con un aperitivo in mano a contemplare Venezia. Vedo la grandezza dell'essere umano e la sua ispirazione all'immortalità. Mi commuovo ogni volta. È la bellezza, caro Paolo; tu mi capisci, ne sei sempre immerso. Un po' invidio la tua professione di storico dell'arte".

L'incipit conduce il lettore nell'appassionato dialogo tra Giacomo, il medico, e Paolo un conoscitore di storia dell'arte. Il confronto assume la forma letteraria del dialogo filosofico: Maso è un medico e un artista visivo qui sdoppiato in un medico e in un conoscitore delle arti visive moderne.

Con la sua storia di una solida esperienza professionale, vissuta nel contesto della Medicina di Famiglia, a diretto contatto con i malati, Maso analizza tutti gli snodi critici in medicina come l'incontro, l'ascolto, il vissuto e il senso che ogni persona dà alla vita, i contesti familiari, le relazioni del malato con l'ambiente, la società, le idee, le credenze e i sentimenti, analizzando ancora l'apporto fondamentale della tecnologia, l'esperienza tragica e speciale del fine vita, la formazione delle professioni sanitarie e dei medici negli studi universitari, il rigido

ossequio alle linee guida, i limiti dell'attuale sistema e la necessità di vie di fuga dal rischio di abbattimento, semplificazione, tecnocrazia, scotomizzazione di una parte dei valori, problemi o gruppi di malati. La formazione specifica durante gli studi universitari e postlauream diviene una esigenza fondamentale.

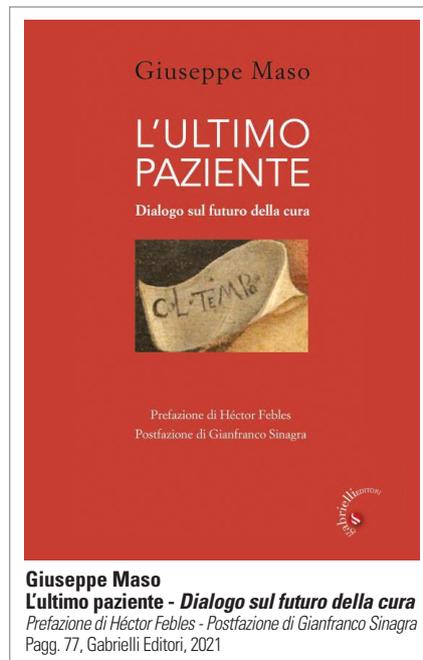
Ed ecco che Giacomo - il medico - ribadisce la convinzione di quanto sia fondamentale l'educazione umanistica per un medico. Quanto è importante la formazione. "Tutti noi ci siamo chiesti quali siano le azioni che dovremmo intraprendere per essere dei bravi dottori. Ci domandiamo quotidianamente se siamo dei bravi medici... Un corso di specialità per la Medicina di Famiglia è basilare perché solo così potremmo fare ciò che diciamo e dimostrare che lo facciamo. Solo attraverso la conoscenza si ha la li-

bertà e solo nella libertà esiste la possibilità di curare efficacemente".

Credo che la medicina sia un'arte - è la riflessione di Paolo. Il risultato si ottiene con la scienza, con la tecnica e con una profonda sensibilità. Un artista conosce i colori, sa come usarli e ha bene in mente dove vuole arrivare.

Sì, la medicina è un'arte. La medicina generale è l'arte di applicare su vasta scala e contemporaneamente i risultati scientifici delle molte discipline specialistiche. Ecco perché c'è bisogno di ricerca e di formazione interdisciplinare. E l'intelligenza artificiale? "È entrata di prepotenza anche nell'arte: si può riprodurre perfettamente un Raffaello o un Bellini. Si possono fare ritratti e composizioni di tutti i tipi". Già chi ha fatto la diagnosi? Il medico? Il sistema intelligente? Il robot? Per ora sono solo interrogativi, ma fra non molto saranno motivi di contenzioso, perché prima o poi anche il robot commetterà un errore.

"Sta cambiando il mondo e noi aspettiamo il nuovo, seduti a contemplare Venezia, come l'angelo de 'La Melencolia' di Dürer". Il nuovo è già tra noi, tu puoi controllare la tua attività cardiaca con Apple Watch o puoi essere seguito dal medico virtualmente e tanto altro. "Ergo, avremo sempre meno bisogno del medico?" L'intelligenza artificiale non sarà in competizione con il medico, farà gioco di squadra. Nessun cervello artificiale può assumere responsabilità e doveri. Le macchine non possono copiare l'empatia, non possono instaurare un rapporto di fiducia, comprendere i problemi o comunicare compassione. Succederà, quel qualcuno penserà con la tecnologia di rispondere da solo a tutti i suoi quesiti e, ansioso narciso, crederà di essere stato l'ultimo paziente.



Giuseppe Maso
L'ultimo paziente - Dialogo sul futuro della cura
 Prefazione di Héctor Febles - Postfazione di Gianfranco Sinagra
 Pagg. 77, Gabrielli Editori, 2021

Stanchezza cronica post Covid-19

Un nuovo studio evidenzia gli effetti positivi dell'utilizzo di Apportal®, una mirata supplementazione nutrizionale, in soggetti affetti da fatigue post Covid-19

Recentemente è stata condotta in Italia un'indagine su circa 200 soggetti post-Covid con stanchezza persistente, a cui è stata consigliata l'assunzione di Apportal® (Pharmnutra SpA) per 28 giorni. I primi dati confermano che la combinazione di nutrienti di Apportal® contribuisca ad un significativo miglioramento della fatigue fisica e mentale. Se i dati saranno confermati, questo studio sarà il primo a proporre un mirato approccio nutrizionale contro la stanchezza cronica post-Covid.

Diversi studi hanno verificato che l'infezione da Coronavirus può lasciare degli effetti a medio e lungo termine, complessivamente denominati "sindrome post-Covid" o "Covid-lungo". I sintomi possono presentarsi infatti anche per mesi dopo la fine dell'infezione e quello più riportato è la stanchezza persistente, detta anche *fatigue*. Questa condizione è stata riscontrata sia in soggetti con infezione severa, sia in coloro che hanno avuto una forma lieve dell'infezione, senza distinzione di età.

È stata recentemente condotta un'indagine in Italia su circa 200 pazienti post-Covid che riportavano affaticamento persistente a cui è stata consigliata l'assunzione per 28 giorni consecutivi di Apportal®, complemento nutrizionale a base delle vitamine e minerali che contribuiscono alla riduzione della stanchezza, oltre ad aminoacidi e fitoestratti. Il grado di affaticamento e la qualità della vita dei soggetti sono stati misurati attraverso questionari specifici prima dell'assunzione dell'integratore, dopo 14 e dopo 28 giorni di trattamento. Per quantificare il grado di affaticamento è stato utilizzato il questionario FACIT-Fatigue, usato in moltissimi studi e scelto proprio per attribuire un valo-

re oggettivo alla *fatigue* nei soggetti con affaticamento cronico.

Il questionario presenta 13 affermazioni che riguardano la stanchezza, l'energia, il bisogno di dormire durante il giorno o la capacità di svolgere le attività abituali. È stato poi utilizzato un altro questionario, ottenuto riadattando il Chalder Fatigue Scale, per comprendere il grado di affaticamento mentale, ponendo domande sulla capacità di concentrarsi, sulla memoria e sull'interesse per le attività che svolgevano precedentemente.

L'indagine è stata svolta grazie alla collaborazione di numerosi medici di famiglia distribuiti in tutto il territorio italiano e sono stati inclusi nella indagine sia soggetti giovani che più anziani, indipendentemente dalla gravità dell'infezione avuta e dall'eventuale presenza di varianti.

► Primi risultati

L'indagine è in fase conclusiva e, analizzando i primi risultati, è apparso che l'assunzione di Apportal® contribuisca a ridurre la sensazione di stanchezza persistente e migliorare la qualità di vita.

In particolare, sui primi 100 soggetti, i dati ottenuti applicando il test dedicato FACIT-Fatigue indicano che il 95% dei soggetti ha avuto un beneficio significativo nell'arco dei 28 giorni di supplementazione (*figura 1*). Lo score sulla sensazione di stanchezza risulta migliorato del 64%. Sembrano emergere anche delle differenze in base al sesso: le donne hanno riportato una stanchezza iniziale "più severa", ma sono migliorate di più sotto l'aspetto dell'affaticamento mentale, misurato attraverso il test Chalder modificato. Questa osservazione risulterebbe essere in linea con i dati già pubblicati e riportati in letteratura per cui le donne che hanno superato

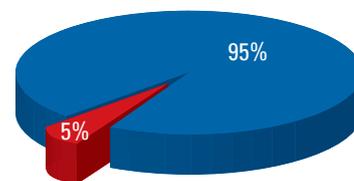
l'infezione da Covid mostrano un grado più rilevante di fatigue. Inoltre, un recupero molto rapido è stato osservato nei soggetti over 60 con un miglioramento già dopo i primi 14 giorni.

► Conclusioni

Questo studio potrebbe essere il primo a proporre un valido rimedio ad un problema debilitante come la stanchezza cronica che persiste anche parecchi mesi dopo avere superato l'infezione da Sars-Cov-2. I dati sono ancora preliminari e saranno necessari più studi per confermare questo risultato, ma è molto importante che si inizi ad indagare e a prendere coscienza del problema della stanchezza post-Covid e capire come poter dare un supporto anche dal punto di vista nutrizionale a questo fenomeno. Quello che al momento sembra emergere è che un mirato approccio nutrizionale, grazie all'azione e alle sinergie dei componenti di un integratore come Apportal®, potrebbe rappresentare una validissima opportunità per favorire il recupero della stanchezza persistente in coloro che una volta superato il Covid-19, la manifestano.

FIGURA 1

Percentuale di persone che hanno mostrato un miglioramento della sensazione di affaticamento e stanchezza dopo 28 giorni di assunzione di Apportal®



■ % soggetti che hanno mostrato un miglioramento
■ % soggetti che non hanno mostrato un miglioramento



NUTRIENTI e SUPPLEMENTI

INFORMAZIONE QUALIFICATA DA FONTI QUALIFICATE



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



ALLA SCOPERTA DELLO SHILAJIT, LA NUOVA MODA DEI VIP



RESTRIZIONE CALORICA CONTRO L'IPERTENSIONE



CEREALI INTEGRALI E TUMORI GASTROINTESTINALI



MICROBIOTA INTESTINALE E RISPOSTA A COVID-19

Alla scoperta dello Shilajit, la nuova moda dei Vip

Il secolare utilizzo nella medicina indiana lo rendono una sostanza minerale di grande interesse

■ Se si studia la medicina ayurvedica ci si imbatte nello shilajit, una sostanza che sta spopolando, secondo le cronache, tra le star di Hollywood piuttosto che tra gli emiri di Dubai, ignota però ai più.

Si tratta di un prodotto naturale catramoso con un caratteristico odore balsamico e dal sapore di incenso bruciato. Per ora la natura sorprendentemente simile dei principali costituenti attivi e la sua grande abbondanza all'interno delle rocce ad alta quota e in luoghi non raggiungibili dagli animali terrestri indicano che lo shilajit è derivato dalle rocce. Probabilmente, il "cuore attivo" dello shilajit è costituito da dibenzo- α -pironi e metaboliti correlati, triterpeni, piccoli peptidi costituiti da aminoacidi non proteici, alcuni lipidi fenolici, piccoli tannoidi, acido fulvico. Nel

2004 sono state inoltre trovate altre molecole attive uniche: shilajityl acetato, shilajitol, shilacatechol, shilaxanthone, shilanthranil e naphsilajitone.

L'acido fulvico sembra essere la sostanza chiave per le sue proprietà antiossidanti e antinfiammatorie che l'hanno reso protagonista di diversi studi in ambito neurologico e gastroenterologico, nella fattispecie nell'area dell'Alzheimer, delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino e del diabete.

Sulla base degli studi attualmente disponibili, la bioattività dello shilajit manca di valutazione scientifica e documentazione sistematica, ma le sue proprietà e il suo secolare utilizzo nella medicina indiana lo rendono una sostanza minerale di grande interesse.



Descritto nella letteratura tradizionale indiana e tibetana è per lo più sconosciuto in Occidente. Secondo la tradizione indiana esercita un'azione tonica, lassativa, espettorante, diuretica, anti-biliare, immunomodulante e antipertensiva quando ingerito e agisce come anti-settico, analgesico, disostruente e germicida per via topica.

Viene somministrato con il latte per controllare il diabete e insieme a *Commiphora wightii* (Arn.) Bhand. (gugulu) per il trattamento delle fratture.

Oggi lo shilajit è disponibile sul mercato come uno degli ingredienti in varie formulazioni erborominerali sia nei prodotti tradizionali sastrici che in quelli brevettati Otc, ma la quantità di erbe e minerali all'interno dei prodotti rendono ardua la standardizzazione della formulazione e difficile studiarne l'efficacia.

► La letteratura

Nel 2003 uno studio clinico ha mostrato il suo effetto sull'attività antiossidante nei diabetici: a 61 diabetici è stato somministrato in due capsule (500 mg ciascuna) 2/die per 30 giorni. Il trattamento ha mostrato una significativa diminuzione dei valori di malondialdeide e un aumento dei valori di catalasi.

È stato scoperto che lo shilajit puro integra il potenziale litico dei linfociti attivati e produce citotossicità mediata dalle cellule T.

Studi clinici su pazienti affetti da Hiv hanno rivelato un netto miglioramento dei sintomi e un aumento della conta delle cellule Cd4 e Cd8.

In volontari sani di età compresa tra 45 e 55 anni è stato valutato il suo effetto sull'ormone androgeno maschile (250 mg 2/die), rivelato un aumento significativo del testosterone totale e libero e del deidroepiandrosterone.

Restrizione calorica contro l'ipertensione

Riduzione dei livelli di PAS e PAD e sul danno d'organo con la restrizione calorica

■ La restrizione calorica riduce la comparsa di ipertensione arteriosa e migliora la disfunzione endoteliale, ritardando l'insorgenza di cardiopatie e malattie neurodegenerative attraverso la riduzione di massa grassa, valori sistolici e diastolici, produzione di radicali liberi e stress ossidativo.

Queste le conclusioni di una review condotta da un gruppo di ricercatori dell'Università Tor Vergata di Roma (*Nutrients 2021, 13; 274*).

Per restrizione calorica si intende una riduzione giornaliera di assunzione di calorie senza incorrere in malnutrizione e senza escludere nessun nutriente. Anche se ancora non standardizzata, generalmente per restrizione calorica si intende un regime alimentare al di sotto delle 1.800 Kcal giornaliere per un periodo definito di tempo.

Nicola Di Daniele, ordinario di Medicina Interna presso



l'ateneo capitolino e prima firma dello studio, suggerisce alcune raccomandazioni.

► **Raccomandazioni**

“Questi approcci dietetici andrebbero considerati come una strategia terapeutica innovativa per tutti i pazienti ipertesi, specialmente quelli sovrappeso e obesi, con sindrome metabolica, quelli refrattari alla terapia, anche combinata, e quelli con ipertensione secondaria, dove un corretto approccio nutrizionale si è dimostrato efficace nel ridurre i valori pressori, anche dopo un breve periodo di tempo. Il corretto utilizzo di questi nuovi approcci dietetici permette, oltre che un buon controllo

della pressione arteriosa, un miglioramento della funzione endoteliale vascolare, dei parametri metabolici e di quelli infiammatori, i quali a loro volta, permettono una prevenzione del danno d'organo e del rischio cardiovascolare mediato dall'ipertensione arteriosa stessa.

Trial clinici randomizzati su ampie popolazioni di studio saranno fondamentali per chiarire definitivamente il ruolo della restrizione calorica nell'ipertensione arteriosa e nel rischio cardiovascolare.

Attualmente, ci sono pochi studi sugli effetti della dieta a restrizione calorica a lungo termine e sarebbe consigliabile eseguire studi osservazionali con follow-up più lungo”.

Cereali integrali e tumori gastrointestinali

Almeno metà dei cereali consumati dovrebbe essere di tipo integrale

■ Il consumo di cereali integrali rappresenta una valida strategia per garantire il benessere del tratto gastrointestinale a lungo termine e ridurre il rischio di insorgenza di cancro, soprattutto quello del colon-retto. La conferma da una recente review (*Nutrients* 2021, 13: 81).

“Come dimostrato da numerosi studi epidemiologici e interventistici, il loro consumo è strettamente associato a un ridotto rischio di numerose malattie croniche, tra cui obesità, malattie cardiovascolari, diabete di tipo II, sindrome metabolica e diversi tipi di cancro, in particolare quelli del tratto gastrointestinale, principale focus della nostra review” - spiega **Valeria Gasperi**, ricercatrice di Biochimica presso il dipartimento di Medicina sperimentale dell'Università Tor Vergata di Roma, tra gli autori della revisione.

► **Colon-retto: cosa è emerso**

“Dall'analisi dei dati abbiamo osservato che consumi elevati di cereali integrali sono associati in maniera significativa a un diminuito rischio di insorgenza del tumore. Per dare un esempio concreto, nel 2017 il *World cancer research fund international continuous update project* ha riportato su *Annals of oncology* una diminuzione del 17% del rischio di cancro al colon-retto assumendo giornalmente 90 g di cereali integrali. Un dato interessante è inoltre emerso da uno studio cinese pubblicato nel 2019 su *Asia pacific journal of clinical nutrition*. Dal confronto delle abitudini alimentari tra i



soggetti deceduti e quelli sopravvissuti dopo 10 anni di follow-up, è stato osservato che il quantitativo di cereali integrali consumato dal gruppo con peggiore prognosi - meno di 7 gr/die - era inferiore rispetto a quello con la maggiore sopravvivenza, ≥ 17.9 gr/die. Sebbene lo studio sia stato condotto su un campione di soli 352 soggetti affetti da cancro al colon-retto, tuttavia i dati risultano essere molto incoraggianti e supportano il ruolo della corretta nutrizione come terapia coadiuvante per la cura delle malattie. È bene precisare che alcun effetto negativo è stato osservato per l'assunzione di cereali raffinati”.

Microbiota intestinale e risposta a Covid-19

La composizione del microbiota intestinale è differente tra i pazienti con e senza malattia

■ Varietà e quantità dei batteri intestinali possono incidere sulla gravità di Covid-19 e sulla risposta del sistema immunitario all'infezione (*Gut* 2021; 70: 698-706). Non solo: una situazione di disbiosi può avere anche ricadute nel post-Covid.

In una ricerca osservazionale gli studiosi hanno prelevato campioni di sangue e feci e valutato le cartelle cliniche di 100 pazienti ospedalizzati per Covid-19 e da 78 persone sane che stavano prendendo parte a uno studio sul microbiota prima della pandemia.

► Risultati

Il totale di 274 campioni ha messo in evidenza come la composizione del microbiota intestinale risultasse significativamente differente tra i pazienti con e senza malattia, indipendentemente dal fatto che fossero stati trattati con farmaci, antibiotici compresi. I pazienti Covid presentavano quantità decisamente più abbondanti di *Ruminococcus gnavus*, *Ruminococcus tor-*

ques e *Bacteroides dorei* rispetto ai soggetti sani, mentre erano deficitari di *Bifidobacterium adolescentis*, *Faecalibacterium prausnitzii* ed *Eubacterium rectale*, note per la loro azione sul sistema immunitario. Inoltre, basse quantità di *F. prausnitzii* e *Bifidobacterium bifidum* sono risultate correlate alla gravità dell'infezione. Altro aspetto interessante: il numero di questi batteri benefici è rimasto basso anche nei campioni raccolti fino a 30 giorni dopo però la guarigione.

L'analisi dei campioni ematici ha poi evidenziato come lo squilibrio microbico riscontrato nei pazienti Covid si associasse anche a livelli elevati di citochine infiammatorie e di marker di danno tissutale, come la proteina C-reattiva e alcuni enzimi, suggerendo che il microbioma intestinale potrebbe influenzare da una parte la risposta del sistema immunitario all'infezione e, dall'altra, la gravità e l'esito della malattia.

► Commento

I dati della ricerca consentono di ipotizzare che uno stato di disbiosi potrebbe contribuire agli effetti immunocorrelati nel post-Covid.

Certo, questo è uno studio osservazionale e, in quanto tale, non consente di trarre conclusioni dirette su una correlazione causa-effetto, così come è noto che il microbiota intestinale varia ampiamente tra le diverse popolazioni e, pertanto, i cambiamenti osservati potrebbero non essere trasferibili in automatico ad altri pazienti Covid.

Crescono dunque le evidenze sul fatto che i microbi intestinali giocano un ruolo nelle malattie infiammatorie intra o extra-intestinali. Rafforzare la presenza di specie batteriche intestinali benefiche impoverite dall'infezione di Sars-coV-2 potrebbe rappresentare una nuova strada per mitigare la gravità della malattia.



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

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

Per ricevere gratuitamente la newsletter settimanale: www.nutrientisupplementi.it • info@nutrientisupplementi.it