

M.D.

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

Anno XXVII, numero 3 - 2020

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

**Regione che vai,
risposta al Covid-19
che trovi**

CONTRAPPUNTO 12

**Niente sarà come prima,
neanche noi medici
di medicina generale**

RASSEGNA 30

**Covid-19 e salute mentale
del medico: oltre
il burn-out**

TRIAL 34

**Studi italiani
sull'infezione
da SARS-CoV-2**



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



**Troppi i medici caduti
nella lotta alla pandemia**



M.D. Medicinae Doctor

Anno XXVII numero 3 aprile 2020

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

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Pubblicità

Teresa Premoli
Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

In questo numero

ATTUALITÀ

■ Prima pagina	
Troppi i medici caduti nella lotta alla pandemia	5
■ Focus on	
Regione che vai, risposta al Covid-19 che trovi	6
■ Professione	
Un vademecum per la gestione della pandemia in Medicina Generale	8
■ Proposte	
È urgente una veloce e definitiva riforma della professione	10
■ Contrappunto	
Niente sarà come prima, neanche noi medici di medicina generale	12
■ Riflettori	
Le testimonianze dei medici italiani sulla stampa internazionale	14
■ Appunti	
Quelle ricette rosse (di vergogna) e l'importanza del "tergicristallo"	19
■ Prospettive	
Serve un modello predittivo per uscire dal lockdown in sicurezza	20

AGGIORNAMENTI

■ Cardiologia	
Lo stress predittore di secondo evento cardiovascolare	24
■ Endocrinologia	
Correlazione tra ipotiroidismo subclinico e infertilità	25
■ Malattie rare	
Terapia enzimatica sostitutiva finalmente al domicilio	26
■ Medicina interna	
Beta-talassemia, meno trasfusioni con nuovo farmaco	27
■ Neurologia	
Malattia di Parkinson ad esordio giovanile	28
■ Urologia	
Disfunzione erettile: marker precoce per eventi CV	29

CLINICA E TERAPIA

■ Rassegna	
Covid-19 e salute mentale del medico: oltre il burn-out	30
■ Documenti	
Indicazioni per Covid-19 e diabete	33
■ Trial	
Studi italiani sull'infezione da SARS-CoV-2	34
■ Ricerca	
Medicina di genere sul fronte Covid-19	36
■ Medicina pratica	
Covid-19: gestione domiciliare della demenza	37
■ Farmacologia	
Disinfettanti e superfici contaminate	38
■ Farmaci	
Lista farmaci essenziali, Oms lancia la versione elettronica	39
■ Prevenzione	
L'ipokaliemia nell'anziano merita grande attenzione	40
■ Rassegna da Nutrienti e Supplementi	
.....	43

Troppi i medici caduti nella lotta alla pandemia

Il numero dei ricoverati, di morti da Covid-19 insieme a quello ipotizzato dei “presunti” infetti che restano a casa, sorvegliati dai medici di medicina generale, dà la misura dell’impegno professionale che stanno sostenendo e continuano a sostenere tutti i medici. Per questo sono stati applauditi come dei vincitori, ancor prima di aver vinto definitivamente la battaglia, come degli eroi. Ma lo stato d’animo del personale sanitario e dei medici, malgrado gli sforzi profusi contro la pandemia ai letti dei malati o dal proprio studio di medicina generale, è di tutt’altro tenore. Più che eroi, o meglio vincitori, si sentono vinti. Vinti dalla scarsa considerazione profusa in questi anni da una politica che ha sempre considerato la sanità pubblica e chi vi prestava la propria opera come un costo e non una risorsa per il Paese. Per esigenze di Finanza pubblica, al Ssn sono state destinate nel tempo meno risorse di quelle programmate, cioè di quelle calcolate sul fabbisogno. E nel frattempo si chiudevano ospedali e si tagliavano posti letto, tra cui anche quelli di terapia intensiva. Bisognava prepararsi ad affrontare l’aumento delle patologie croniche, creando una nuova assistenza territoriale e convertire i piccoli ospedali chiusi in strutture intermedie sul territorio. Buone intenzioni che tali sono rimaste. Malgrado il blocco dei contratti, la medicina sempre più amministrata e controllata da procedure burocratiche, il nostro Ssn ha continuato a reggere grazie all’abnegazione del personale sanitario, medici compresi. Quest’ultimi a testa alta hanno tenuto fede al Giuramento di Ippocrate, anche in un momento difficilissimo come quello che stiamo vivendo: *“GIURO: di esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento; di perseguire come scopi esclusivi la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell’uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale”*.

Il prezzo che ora pagano è altissimo. Molti sono caduti “nella battaglia” contro la pandemia. Ma il grido di dolore di chi è restato a combattere si è perso nel vuoto delle città deserte, nell’assordante vociare mediatico. In prima linea, a mani nude, con protezioni di fortuna sta combattendo un piccolo esercito di fanti, i medici di medicina generale, “militi, non ignoti, ma ignorati” come ha ricordato Domenico Crisarà, segretario Fimmg del Veneto, nella lettera con cui ha annunciato la morte della dottoressa Samar Sinjab, l’ennesimo medico di famiglia che ci ha rimesso la vita per onorare la sua professione.

A.S.

Regione che vai, risposta al Covid-19 che trovi

L'emergenza sanitaria che stiamo affrontando ha messo in luce le diversità di risposte e di gestione della pandemia a seconda dei modelli assistenziali su cui le Regioni hanno incentrato i loro servizi sanitari. È quanto si rileva dal Report messo a punto dall'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica (Altems) che analizza proprio i modelli organizzativi di risposta al Covid-19, in particolare quelli di Lombardia, Veneto, Piemonte, Emilia Romagna e Lazio

Nella gestione del Covid-19 il nostro Paese ha mostrato, secondo gli esperti, tutta la debolezza del Titolo V della nostra Costituzione. Infatti non ci sono state risposte univoche, ma tendenzialmente basate sui modelli assistenziali su cui le Regioni hanno fondato l'impianto dei loro Ssr.

A rendere visibile tale realtà è stato il Report messo a punto dall'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica (Altems). Un vero e proprio focus che analizza proprio i modelli organizzativi di risposta al Covid-19 prendendo a modello quelli realizzati in 5 Regioni, Lombardia, Veneto, Piemonte, Emilia Romagna e Lazio che rappresentano il 49% della popolazione nazionale e che al 7 aprile avevano il 70% dei positivi al virus rispetto al totale dei positivi sul territorio nazionale e il 74% dei casi.

► Le risposte regionali

Una gestione prevalentemente ospedaliera caratterizza la Regione Lombardia e in parte la Regione

Lazio; una prevalentemente territoriale, contraddistingue la Regione Veneto e un modello combinato ospedale-territorio differenzia Emilia-Romagna e Piemonte.

Il Report stilato da Altems si basa su un sistema di indicatori costruito per valutare l'effetto che i diversi provvedimenti emergenziali (adottati a livello nazionale e a livello regionale) hanno avuto sull'andamento del contagio e per comprendere le implicazioni sui modelli organizzativi progressivamente adottati nelle diverse Regioni. "La finalità - tengono a precisare gli autori dello studio - è comprendere le implicazioni delle diverse strategie adottate dalle Regioni per fronteggiare la diffusione del virus e le conseguenze del Covid-19 in contesti diversi. Il documento non pretende di essere esaustivo e non ha l'obiettivo di stilare classifiche o dare giudizi sulle scelte adottate in una situazione di grave emergenza. Intende offrire a ricercatori e *policy maker* una base conoscitiva per sviluppare ulteriori analisi per una migliore comprensione di un evento di portata storica e che, se ben analizza-

to, permetterà di innescare un processo di miglioramento continuo a beneficio del Servizio Sanitario Nazionale".

"In presenza di medesime linee di indirizzo emanate a livello nazionale - si legge nel Report - le Regioni sembrano aver adottato modelli assistenziali diversi seguendo, con ogni evidenza, la loro naturale 'vocazione'. Questo ha portato il Veneto a orientarsi verso una gestione territoriale e a ricercare attivamente i casi 'positivi' anche tra gli asintomatici. Ha suggerito all'Emilia Romagna di utilizzare la forte rete territoriale già disponibile, ricorrendo all'ospedale in modo comunque importante. Lombardia e Lazio hanno confermato la loro vocazione 'ospedaliera', pur trovandosi ad affrontare emergenze di una intensità assolutamente non comparabile. Nella seconda fase dell'emergenza, tutte le Regioni (in particolare le ultime due) hanno puntato sulla strategia 'digital' per rafforzare il monitoraggio domiciliare di positivi e non e per mappare gli spostamenti della popolazione sul territorio".

► I tre modelli

Sono tre i modelli di risposta che emergono dall'analisi di Altems:

1. gestione prevalentemente ospedaliera (Lombardia e in parte Lazio);
2. gestione prevalentemente territoriale (Veneto).
3. gestione combinata ospedale-territorio (Emilia-Romagna e Piemonte)

Modello di gestione prevalentemente ospedaliera

Nel modello di gestione prevalentemente ospedaliera, che caratterizza la Lombardia e in parte anche il Lazio si registra:

- Una incidenza di tamponi effettuati sulla popolazione inferiore rispetto alla risposta prevalentemente territoriale o combinata (Veneto ed Emilia Romagna).
- L'aumento dei posti letto in terapia intensiva cresce meno del 50% (al 31.3. non erano ancora attivati i PL in Fiera) che passano da 9/100.000 abitanti a 12,58 (Lombardia) e da 9,44/100.000 a 11,99 nel Lazio con un tasso di saturazione medio che va oltre il 100% in Lombardia e in Piemonte e che rimane basso nelle altre Regioni (es. nel Lazio è al 27%, in Emilia Romagna al 38%).
- Un maggiore ricorso all'ospedalizzazione che riguarda in media il 50% dei positivi in Lombardia e si attesta intorno al 45% per le altre Regioni, con eccezione del Veneto che ha ricoverato 'solo' il 22% dei positivi.
- Una minore incidenza dell'uso delle terapie intensive per i pazienti una volta giunti in ospedale rispetto ai valori anomali della Regione Veneto (25,5% in media); nelle altre Regioni siamo tra il 10 e il 19% del Piemonte.

- Il rapporto tra pazienti trattati in terapia intensiva e pazienti trattati a domicilio è ad oggi doppio in Regione Lombardia e nella Regione Lazio rispetto a quanto accade in Veneto, Emilia Romagna e Piemonte.

Modello basato su una gestione prevalentemente territoriale

Il modello basato su una gestione prevalentemente territoriale che caratterizza la Regione Veneto evidenzia:

- Un'alta incidenza di tamponi effettuati fin dai primi giorni anche sugli asintomatici che in Regione Veneto raggiunge il 3,13% della popolazione regionale (vs 1,25% dato nazionale).
- Una crescita dei posti letto in terapia intensiva superiore al 50%, che passano da 10/100.000 abitanti a 16,81 in Veneto (36%).
- Un minore ricorso all'ospedalizzazione che riguarda il 23% dei positivi in Veneto.
- Una maggiore incidenza dell'uso delle terapie intensive per i pazienti una volta giunti in ospedale che distingue il comportamento del Veneto (20%) rispetto alle altre Regioni.
- Un rapporto tra pazienti trattati in terapia intensiva e pazienti trattati a domicilio che è la metà in Veneto ed Emilia Romagna rispetto a quanto accade nella Regione Lombardia e nella Regione Lazio.

Modello di gestione combinata ospedale-territorio

Il terzo modello di gestione combinata ospedale-territorio adottato da Emilia Romagna sin dall'inizio della crisi e successivamente al 23 marzo anche dal Piemonte presenta:

- Una incidenza di tamponi effettuati superiore alla media naziona-

le in Emilia Romagna (1,7% vs 1,25% dato nazionale) anche se concentrati sui sintomatici.

- Massima crescita dei posti letto in terapia intensiva superiore al 50%, che passano da 10/100.000 abitanti a 21,81 in Emilia Romagna.
- Un ricorso intermedio all'ospedalizzazione che in Emilia Romagna ha riguardato il 40% dei positivi e risulta inferiore alla situazione della Lombardia, del Lazio e del Piemonte, ma ben superiore all'incidenza registrata in Veneto.
- Una minore incidenza dell'uso delle terapie intensive per i pazienti una volta giunti in ospedale. Emilia-Romagna e Piemonte hanno in questo caso un comportamento analogo a quello della Regione Lombardia.
- Una propensione a trattare i pazienti a domicilio rispetto al ricorso alla terapia intensiva: l'Emilia Romagna, in questo indicatore, appare analoga al Veneto. Il Piemonte, dopo un primo momento di basso utilizzo dell'assistenza domiciliare, cambia repentinamente atteggiamento dopo il 20 marzo, all'acuirsi del contagio.

Digitalizzazione

Nella fase attuale, il ricorso alla digitalizzazione appare più attivo con iniziative a livello Regionale. Tutte le Regioni, però, si caratterizzano per iniziative che riguardano le singole aziende sanitarie, dedicate sia al monitoraggio dei pazienti positivi e non positivi a livello domiciliare.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone il report messo a punto da Altems

Un vademecum per la gestione della pandemia in Medicina Generale

Una guida pratica, un elemento di orientamento e supporto per la comunità dei medici di medicina generale, con una sintesi di buone norme di comportamento basate sulle conoscenze pratico-cliniche, per la gestione dei pazienti con sintomi compatibili con il nuovo Coronavirus.

Parte da questo presupposto il vademecum stilato dalla Simg

La Società Italiana Medicina Generale e delle Cure Primarie (Simg) e il Board Scientifico Nazionale Covid-19, guidato da **Alberto Magni**, lanciano un'importante iniziativa volta a coordinare gli sforzi di tutti gli operatori coinvolti.

"Oltre al Coronavirus c'è un'altra epidemia fatta di delibere, indicazioni, disposizioni confuse e subentranti che generano solo confusione e incertezza negli operatori del territorio - sottolinea **Claudio Cricelli** Presidente Simg - Occorrono professionalità e rigore da dispensare al domicilio dei pazienti".

Nella confusione e nel disordine generalizzati, la Simg ha cercato di fare chiarezza e fornire un elemento di orientamento e supporto alla comunità dei medici di famiglia, che ammontano a circa 60mila professionisti in prima linea contro il Coronavirus, una categoria che ha pagato e sta pagando un prezzo assai alto in questa lotta quotidiana, in termini di vite umane e danno al virus.

"Si utilizza il termine DPI (Dispositivi di Protezione Individuale) senza un perché e senza i DPI stessi - evidenzia il Presidente Simg, che lancia un forte appello e cerca di precisare. - Questo significa che un medico potrebbe recarsi a casa di un paziente con febbre munito di una mascherina chirurgica usata da una settimana e fornita sul piazzale di qualche distretto, con il risultato di occupare un letto in più in ospedale e lasciare 1.500 persone senza un riferimento per un tempo imprecisato.

Servono risposte concrete; semplici regole che sostituiscano algoritmi complessi. Cerchiamo di riassumerle in questo documento, attraverso semplici quesiti a fronte di un *vademecum*, pubblicato sul sito Simg (www.simg.it) per poter meglio orientare tutti i colleghi".

Il ruolo del Mmg con le dotazioni attualmente in suo possesso

- **Identificare il paziente sulla base del sospetto clinico.** I medici che operano in un territorio ad elevata incidenza di infezione da Covid-19 riconoscono dopo 30 secondi dall'inizio di un'intervista telefonica il paziente con sintomi compatibili. Abbandoniamo complessi algoritmi. L'esecuzione sul territorio del tampone *in primis* per la diagnosi è un tema interessante, che però ci distrae dall'identificazione precoce del paziente. Una semplice regola: "Sulla base dei sintomi che riferisce il paziente saresti sorpreso che fosse affetto da Covid-19?" Se la risposta è "Non sarei sorpreso", identificalo e poni il sospetto diagnostico. Segnaliamo questi pazienti al servizio di Igiene, perché è giusto, perché è di buon senso. Il nostro ruolo è identificare il paziente (siamo medici di medicina generale), il loro compito è creare percorsi che confermino il nostro sospetto (*figura 1*).

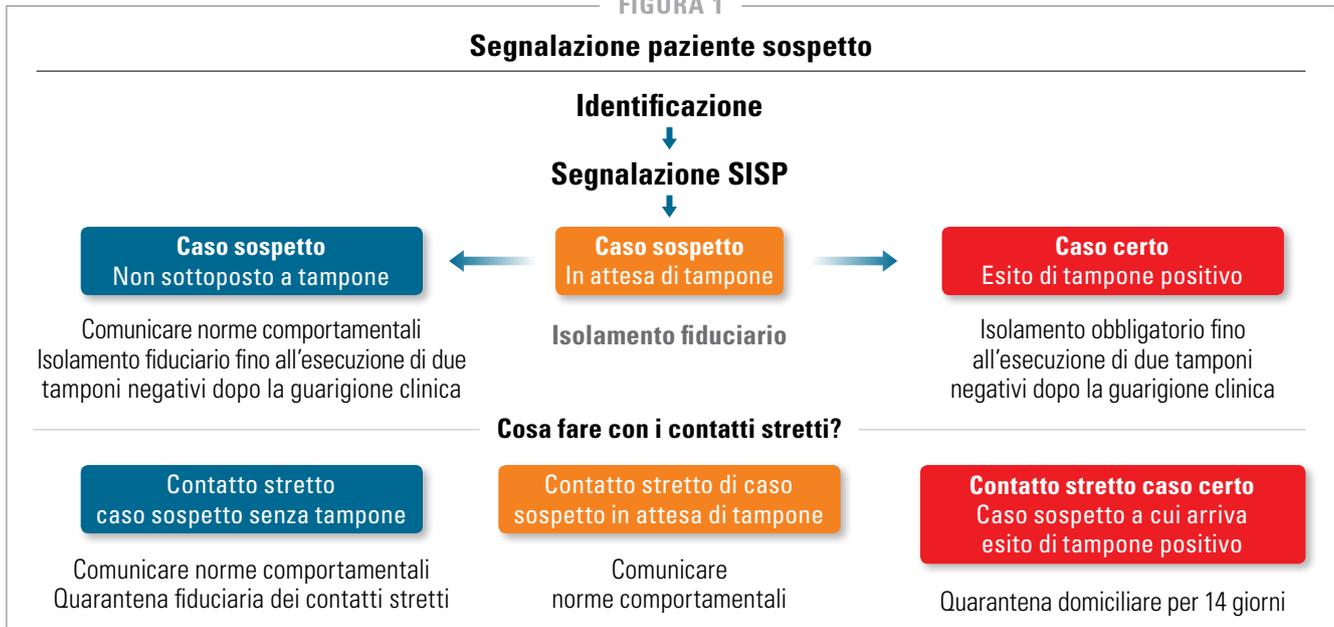
- **Isolare in via precauzionale il paziente e mettere in quarantena i contatti stretti** (perlomeno i familiari). Abbiamo bloccato un Paese intero, ma la-

sciamo che i parenti di pazienti con sintomi compatibili vadano a fare la spesa o peggio si rechino al lavoro. Dobbiamo invece isolare il paziente sintomatico dal suo contesto familiare e procedere in via precauzionale alla quarantena dei familiari. Quali siano gli strumenti burocratici/legali per agire in tal senso non si comprende nella giungla dei documenti circolanti. Abbiamo dalla nostra parte la comunicazione in primis (spieghiamo al paziente le norme di isolamento e ai familiari qual è il comportamento da seguire come precauzionale quarantena). Covid-19 corre veloce, più veloce dell'apparato burocratico; combattere con regole ordinarie lo straordinario, dovremmo ormai averlo compreso tutti, non è una strategia vincente. Il punto in oggetto è la vera battaglia contro questa epidemia: dovrebbe avere priorità assoluta dal punto di vista normativo e organizzativo.

- **Monitorare i pazienti.** Sentiamo i pazienti anche due volte al giorno e diventiamo i corrieri dei saturimetri e ancora una volta del buon senso. Intervista telefonica ben fatta, domande precise, monitoraggio costante, saturazione, rilevazione di parametri (temperatura, pressione arteriosa, frequenza cardiaca e frequenza respiratoria) e la maggioranza dei pazienti può essere gestita a domicilio senza ulteriori interventi.

- **Impostare una terapia sintomatica e di supporto.** Cerchiamo di stare con i piedi per terra e utilizzare la medicina basata sul buon senso. Che siano le Società Scientifiche di riferimen-

FIGURA 1



to a indicarci, attraverso il confronto intersocietario, come trattare il paziente a domicilio; ci sono terapie di comprovata efficacia (ad esempio l'ossigeno liquido, che nelle aree più colpite è difficile reperire) che non hanno bisogno di Aifa o di RCT. Se viene proposto un trattamento con farmaci, che questi siano disponibili sul territorio e non rimangano parole scritte su documenti virali inoltrati su chat di gruppo.

• **Pianificare il percorso del paziente.** Nel monitoraggio cerchiamo di analizzare l'andamento clinico del paziente e identifichiamo le *red flags* per attivare in maniera appropriata il Servizio di Emergenza e Urgenza (tabella 1). Confrontiamoci con i Colleghi Ospedalieri (meglio definirli Colleghi del Sistema Sanitario Nazionale) che stanno dimostrando una disponibilità infinita e un impegno senza precedenti.

• **Comunicare con il paziente e tra operatori.** Siamo in una situazione in cui c'è confusione, servono parole chiare, lucide e di buon senso. Comuniciamo al paziente anche la straordinarietà del momento che vive il Ssn. Comunicare e informare non sono la stessa cosa. Parliamoci, confrontiamoci, sosteniamoci tra operatori, una categoria quest'ultima che comprende Infermieri, Personale di Segreteria e Amministrativo, Farmacisti, Volontari, Servizi Sociali e tanti altri. Rimane un punto non chiaro, nebuloso, che ha bisogno di certezze e di semplici regole: il sommerso dei pazienti identificati e che non hanno eseguito tampone per la diagnosi guarisce clinicamente. Identificarlo è facile, considerarlo non infettivo difficile, forse impossibile senza l'esecuzione di un tampone (anzi due). Servono esperti che si confrontino con noi medici di medicina generale e ci diano delle indicazioni, preferibilmente semplici.

TABELLA 1

Quando attivare il servizio di urgenza ed emergenza

L'attivazione del servizio di urgenza ed emergenza deve tenere conto di alcuni elementi che hanno come obiettivo, oltre all'individuazione delle *Red Flags*, quello di individuare precocemente i pazienti con un possibile quadro evolutivo che necessitano di un cambiamento di *setting* assistenziale (passaggio dall'assistenza territoriale alla valutazione presso il pronto soccorso territoriale).

<p>« Red flags » per attivazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispnea • Alterazione dello stato di coscienza • Sincope o PA sistolica <100 mmHg (Non altrimenti spiegabile) • SpO2 ≤ 94% in aa (o ≤ 90% in aria nel paziente con BPCO) 	<ul style="list-style-type: none"> • Test del cammino positivo (da effettuare nei pazienti con spO2 > 94% in aa e a riposo) • Dolore toracico correlato agli atti respiratori • Progressivo peggioramento dei sintomi (considerare la traiettoria del peggioramento e la durata dei sintomi) • Scadimento delle condizioni generali con progressiva compromissione della capacità di idratarsi e alimentarsi • Tachipnea • Ortopnea • Cardiopalmo persistente • Cianosi • Emottisi
--	--

Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Claudio Cricelli

È urgente una veloce e definitiva riforma della professione

L'Associazione Nazionale di Medici e Operatori Sanitari per affrontare l'era post-Covid ritiene il contratto unico per la professione medica una chance per contrastare gli effetti deleteri della regionalizzazione della sanità, per ridare al medico la dignità che gli spetta. Tale scelta avrebbe dei risvolti positivi anche sulla formazione dei medici

Luigi Pignataro - *Medico di Medicina Generale, Regione Marche (Convenzionata e Distretto)*

Daniela Melchiorre - *Ricercatrice, Università di Firenze (Formazione)*

Il Decreto "Cura Italia", tra i numerosi provvedimenti, stabilisce anche che la laurea in medicina diviene definitivamente abilitante alla professione. Una tale importante decisione nasce dalla necessità di rendere immediatamente disponibile per il sistema sanitario nazionale una forza d'impiego di 10.000 medici.

La laurea abilitante, laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia, rende dunque il neolaureato abilitato alla professione di medico-chirurgo. Naturalmente questa situazione di emergenza, oltre a richiedere personale medico oggi come ieri carente, richiederebbe anche personale medico qualificato. Cosa faranno dunque i neolaureati che non sono formati per fronteggiare l'emergenza? A maggior ragione se non faranno il "tirocinio".

Secondo le indicazioni del decreto, saranno classificati come personale ausiliario al quale affidare incarichi temporanei come sostituti nell'ambito della continuità assistenziale (senza alcuna formazione!) agevolando forse la turnazione, oppure garantendo la presenza nei presidi sanitari sul territorio

(senza alcuna formazione) o in appoggio agli ambulatori dei medici di famiglia (facendo anche formazione).

Ma questo stato di emergenza sanitaria finirà, ce lo auguriamo tutti. La domanda che ci poniamo come Anmos (Associazione Nazionale di Medici e Operatori Sanitari) è invece: "Finirà anche lo stato di emergenza perenne in cui è stato lasciato il nostro Ssn e con esso i medici ed il personale sanitario?". Ci auguriamo anche questo.

Non nascondiamo la sfiducia in tal senso, ma proviamo a fare una proposta in merito alla regolamentazione della professione medica e della sua formazione. E proprio perché ci saranno fasi successive a quella che stiamo attraversando, abbiamo bisogno di guardare al "dopocoronavirus" in maniera costruttiva ed utile per tutti noi.

► Ridare dignità ai medici

Abbiamo ampiamente dibattuto in questi anni su un solo tipo di rapporto di lavoro ed i tempi sembrano darci ragione in merito al fatto che il contratto unico è sicuramente migliorativo sia per le ripercussioni sul sistema sanitario, sia per

ridare al medico la dignità che gli spetta.

Abbiamo percepito stima e apprezzamenti in questi giorni difficili ma non è questa la dignità a cui facciamo riferimento. Per cui unificare i contratti contribuirebbe a superare almeno in parte gli effetti deleteri della regionalizzazione della sanità e a mantenere il sistema sanitario equo solidale e universale. La scelta non può che avere risvolti positivi anche sulla formazione dei medici.

Per non ripetere gli errori del passato, dovremmo necessariamente e realmente programmare gli accessi alla facoltà di Medicina e Chirurgia sul vero fabbisogno. La legge 264 del 1999 sulla programmazione dovrebbe incrociare i dati tra fabbisogno di medici e specializzandi e capacità degli atenei di formarli.

Evidentemente l'attuale situazione smentisce questa tipologia di programmazione lasciando al Ministero dell'Università ed al Ministero della Salute il compito di sovrintendere ai numeri. La formazione dell'intero corso di laurea non può che essere affidata alle Università. Va però discusso e concordato il

ruolo che i Medici Ospedalieri ed i Mmg potrebbero svolgere nella formazione universitaria.

Una seria programmazione deve riguardare, altresì, gli accessi alle specializzazioni medico-chirurgiche non solo dell'offerta numerica ma anche delle reali carenze nelle diverse specializzazioni. Per l'anno accademico 2019/2020 sono previsti 11.568 accessi al corso di laurea a fronte di 8.905 accessi alle scuole di specializzazione. Quale ruolo potranno svolgere i medici che non possono accedere alla formazione post laurea, al di fuori dell'emergenza dovuta al Covid-19? Come sarà gestito l'accesso all'attuale corso di formazione per la Medicina Generale e per il sistema dell'Emergenza Territoriale? Per evitare fraintendimenti il corso per Mmg e per l'Emergenza Territoriale dovrebbe essere equiparato ad una specializzazione e deve essere sottratto alla diversificazione regionale, come pure andrebbe sottratto al controllo di chiunque non sia riconosciuto istituzionalmente.

► **Contratto formazione/lavoro**

In merito agli aspetti formativi la formazione post laurea andrebbe intesa come contratto formazione/lavoro con l'individuazione delle realtà accreditate per qualità tra medici dell'ospedale, del territorio (distretto), medici di medicina generale e medici di continuità assistenziale e del sistema 118. La formazione teorica dovrebbe comunque essere affidata all'università, con inserimento nel corpo docente anche di medici ospedalieri, del Distretto, dei Mmg, di Continuità Assistenziale e del sistema 118. La conseguenza di questa impostazione potrebbe generare una veloce e definitiva

Cosa cambia ai sensi dell'art. 102 del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020 "Cura Italia"

- I laureati in Medicina e Chirurgia, che hanno concluso il tirocinio pratico-valutativo pre-lauream con giudizio di idoneità, non devono sostenere più la prova scritta perché abrogata, sono abilitati ex legge all'esercizio della professione di medico-chirurgo e possono procedere all'iscrizione all'albo dei medici chirurghi;
- I laureandi in Medicina e Chirurgia, che hanno concluso il tirocinio pratico-valutativo pre-lauream con giudizio di idoneità, conseguita la laurea non devono sostenere più la prova scritta perché abrogata, sono abilitati ex legge all'esercizio della professione di medico-chirurgo e possono procedere all'iscrizione all'albo dei medici chirurghi;
- Tutti i candidati della seconda sessione dell'anno 2019 degli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo, che sono risultati ammessi alla prova scritta del 28 febbraio 2020, prorogata al 7 aprile 2020, avendo superato il tirocinio pratico-valutativo post-lauream non devono sostenere più la prova scritta perché abrogata, sono abilitati ex legge all'esercizio della professione di medico-chirurgo e possono procedere all'iscrizione all'albo dei medici chirurghi.
- Ai sensi della Nota ministeriale n. 8610 del 25 marzo 2020, i laureati e laureandi (che hanno conseguito o conseguiranno la laurea prima dell'inizio del tirocinio) iscritti alla prima sessione - anno 2020 degli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo, che devono effettuare il tirocinio pratico-valutativo post-laurea, ai sensi dell'art. 2 del D.M. n. 445/2001, inizieranno il tirocinio il 22 giugno 2020.
- Ai sensi del 2 comma dell'art. 102 del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020, al fine di consentire a tutti i laureati della sessione straordinaria di esame finale a.a. 2018/2019 (prorogata fino al 15 giugno 2020 dall'art. 101, c. 1, del D.L. n. 18/2020) non iscritti alla prima sessione 2020, di prendere parte al tirocinio pratico-valutativo post-laurea ai sensi dell'art. 2 del D.M. n. 445/2001, il cui inizio è stato fissato al 22 giugno 2020, sono riaperte le iscrizioni dal 27 marzo 2020 fino al 30 aprile 2020.

riforma per dare dignità allo specializzando garantendogli sin dal primo anno, il ruolo di lavoratore anche se in formazione, con inse-

risamento nel Ssn e con il riconoscimento di tutte le tutele mediche legali e previdenziali, (compresi malattia, maternità, ferie, etc).

Annos: identikit

L'Associazione nasce nel 2016 dall'idea di un gruppo di medici ed operatori sanitari di variegata professionalità, che si propongono di portare avanti il progetto di una Sanità universale e sostenibile in cui al Ssn è lasciato l'onore e l'onere di assicurare salute a tutti i cittadini garantendo un accesso pronto e qualificato alla struttura pubblica o privata convenzionata più idonea a soddisfare le esigenze socio-sanitarie di tutti i cittadini, residenti e non, che abitano o vivono o sono temporaneamente presenti in Italia.

Niente sarà come prima, neanche noi medici di medicina generale

Malgrado questa maledetta pandemia si sia presa le vite di moltissimi Colleghi, dobbiamo continuare a lavorare, riflettendo con amarezza su questa serie di lutti sul lavoro. Aldilà del dolore contingente, siamo sempre più allarmati e disorientati. Mandati a combattere a mani nude, in una sorta di tritacarne provocata dall'impreparazione del sistema alla tempesta virale, non riusciamo a delineare un futuro per la nostra professione

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

Sebbene già pressati da carichi di lavoro eccessivi, e possiamo sicuramente affermare che lo siamo sia sul territorio sia in ospedale, i presidi di sicurezza tardano ancora ad arrivare in prima linea ed è ormai da troppo tempo che stiamo riciclando mascherine e i pochi presidi rimasti. Sembra quasi che i medici di medicina generale (Mmg) debbano essere mantenuti forzatamente nel "girone dei dannati" per non si sa quale maledizione sanitaria.

"Se tornate, tornate morti". Con queste parole un ammiraglio giapponese, durante la guerra del pacifico, galvanizzava, secondo lo spirito del codice d'onore guerriero, il Buscico, i propri piloti che avevano scelto di fare i *kamikaze*. Ma tutti noi, ora celebrati come eroi, questo odore d'incenso non lo sentiamo qui in trincea. La lacerazione e frustrazione professionale, subita dai Mmg, ha evidenziato le criticità di una programmazione che avrebbe dovuto difendere strenuamente il Ssn pubblico come un bene comune, ma che inesorabilmente ha svenduto al privato.

Il medico di medicina generale nella sua funzione di primo presidio del

Ssn, di uomo da prima linea sovraccaricato di lavoro, partiva già in regime di *handicap* nella sfida al nuovo Coronavirus. Un *handicap* di cui non si è tenuto conto e che è stato amplificato dal fatto che ci siamo ritrovati a fronteggiare l'emergenza senza alcuna protezione. Il risultato è sotto gli occhi di tutti, basta computare tra il numero dei medici e sanitari "caduti sul campo" quanti sono i Mmg che hanno pagato con la vita lo svolgimento del proprio ruolo assistenziale e di cura. Saremo consacrati come eroi, ci metteranno la bandiera sulla bara? Dovremo continuare ad esporci senza difese, con ritmi di lavoro ancora più infernali? Spero proprio che questo non sia il nostro destino e che ci sia ancora un margine per la progettazione di azioni efficaci.

► Motivazione al lavoro e professionalità

Fondamentale attributo di un progetto è dato dall'adesione dell'operatore al progetto stesso, dove avviene essenziale la motivazione al lavoro che può essere definita come la spinta interiore che porta l'individuo ad applicarsi con impegno nel lavoro: una sorta di forza interna

che stimola, regola e sostiene le principali azioni compiute dalla persona, generalmente intrinseca all'individuo, ma in relazione ad interventi esterni si riesce a sollecitarla e/o ad alimentarla. La professionalità va oltre la motivazione ed è la capacità di svolgere il proprio lavoro o la propria professione a un buon livello di competenza, con efficacia ed efficienza (professionalmente). A questo punto non dobbiamo comunque dimenticare che esiste "un cuore" e che resiste ancora in molti di noi e malgrado le molteplici delusioni la passione per questo lavoro. Sarà questa la nostra ancora di salvezza o sarà necessario comunque un cambio di paradigma per quanto riguarda la nostra professione e la nostra professionalità? Dopo trent'anni di professione medica, ringrazio il Cielo di essere ancora vivo. Se potessi tornare indietro, se potessi tornare a scegliere, non farei più il medico, ma piuttosto il militare il che è tutto dire.

► Come stiamo lavorando

Considerando che, l'ambulatorio dei Mmg è stato riconosciuto come un luogo di possibile contagio, ci siamo organizzati tutti con avvisi

ambulatoriali con una serie di raccomandazioni ai "signori pazienti". Si è chiesto ai cittadini di recarsi nei nostri studi solo per casi di assoluta necessità, raccomandandosi che nelle sale di attesa non so-stassero troppi pazienti contemporaneamente, regolando l'ingresso per appuntamento previo accordo telefonico. Abbiamo dovuto necessariamente certificare a distanza basandosi su quel rapporto fiduciario medico paziente che il legislatore non ha mai voluto riconoscere nella redazione dei certificati di malattia.

Certamente per la nostra protezione e per riguardo verso gli altri assistiti, è assolutamente necessario indossare camici monouso così come mascherine e occhiali, cuffie, guanti e calzari, mantenendo la giusta distanza dal paziente. Ripetiamo: peccato che questi presidi monouso li stiamo riciclando ormai da più quaranta giorni. All'inizio, appena scoppiata la "bomba coronavirus" abbiamo constatato una buona collaborazione da parte dei nostri assistiti e infatti la maggior parte dei contatti avviene telefonicamente.

È il telefono il mezzo che attualmente ci permette di effettuare un *triage*. Ma questa operazione è messa a dura prova. Le misure di distanziamento sociale e, forse, la paura di una crisi sociale irreversibile sono fonte di *stress* per noi tutti, compresi i nostri assistiti. Ci troviamo così, in questa già non facile situazione, a relazionarci con pazienti psico-stressati che aumentano le difficoltà di gestione per il personale di studio.

Considerando che questa pandemia potrebbe essere caratterizzata da una durata complessiva tutt'altro che breve, diventa strategico mantenere il personale sanitario in sicurezza attraverso una mappatu-

ra dell'infezione nella categoria con i mezzi diagnostici a disposizione che, nel frattempo, si stanno sempre più affinando. Ma è altrettanto necessario garantire i livelli di cura e assistenza ai malati cronici e con pluripatologie che sono maggiormente esposti alle insidie del nuovo coronavirus. E qui entriamo in gioco noi medici del territorio che già prima dell'emergenza pandemica cominciamo a scarseggiare. Se la politica sanitaria persevera nel considerarci marginali, non solo il nuovo Coronavirus troverà terreno facile per continuare a falciarci, ma ipotecerà la vita dei nostri assistiti più fragili.

► La Medicina Generale che verrà

Noi continuiamo a sostenere che per sconfiggere il virus non siano sufficienti le Usca o gli Ambulatori Covid dedicati, sebbene tutte e due le strategie possano avere il loro impatto, e forse essere ancora più efficaci se utilizzate contemporaneamente. Noi come tanti altri crediamo che per raggiungere risultati migliori servirebbe una *task force* formata *ad hoc* da medici e infermieri che lavorino, pur con tutta la protezione possibile, su questo tipo e solo su questo di pazienti infetti, o ritenuti tali. Ma la domanda che ci poniamo è questa: dopo questa tempesta perfetta, dopo questo *tsunami*, questo terremoto, la Medicina Generale potrà ritornare la stessa e rioccuparsi della sua essenziale *routine*? Noi pensiamo di no, perché aldilà delle assurde strategie portate avanti dal Ministero della Salute circa la strumentazione da "mollare" ai colleghi per risolvere le liste d'attesa, che ha l'effetto di aumentare ancor di più i nostri carichi di lavoro, non vediamo soluzioni a breve

termine. È la politica sanitaria attuata finora e perpetrata da destra e sinistra ad aver mostrato tutti i propri limiti, mettendo in crisi lo stesso sistema su cui dovrebbe reggere il nostro Ssn. Serve una riforma, un progetto, quello che i vari "signori della guerra" che si sono alternati a dirigere il Dicastero della Salute, non sono riusciti a proporre in questi anni.

Noi, che lavoriamo sul territorio come Mmg, sentiamo sulla nostra pelle come il medico sostenga nel suo ambulatorio un conflitto quotidiano nel confronto diretto con il paziente. Nei nostri assistiti si ripercuotono tutte le criticità della contemporaneità: stress da lavoro, da crisi sociale ed economica. Inoltre si riflettono i *vulnus* di un'eccessiva medicalizzazione, di quel *disease mongering* per cui da sani si diventa immediatamente ammalati. È chiara quindi la difficoltà di relazione che sfocia in conflitto quando cerchiamo di far comprendere ai nostri assistiti le restrizioni normative in cui siamo costretti ad operare.

Anche la Medicina Generale si troverà a dover fare i conti con un *ante* e *post* Covid-19 e sono sicuro che il *post* non attenuerà i conflitti con i nostri pazienti, ma li amplificherà.

Certamente una maggiore e nuova responsabilità, nella fase di ricostruzione, sarà richiesta sia medico sia al paziente. Sarà fondamentale che dopo questa crisi, sempre se ne saltiamo fuori, diminuire fortemente la burocrazia che pesa sull'esercizio professionale quotidiano dei Mmg. La burocrazia è il vero cappio intorno al nostro collo con cui le aziende ci hanno sempre tenuto in pugno. Il nostro timore è quello che finita l'emergenza si faccia avanti qualcun altro *hobbit* che cerchi di lucrare su questo disastro sanitario, ma in fondo si sa: *business at usual*.

Le testimonianze dei medici italiani sulla stampa internazionale

Due tra le più prestigiose riviste mediche internazionali, il “*New England Journal of Medicine*” e “*Neurology*”, hanno pubblicato le toccanti esperienze dei nostri medici sul fronte Covid-19

Provati nel fisico e nell'animo, ma l'impegno italiano nella lotta alla pandemia Covid-19 ottiene in questi giorni importanti riconoscimenti da parte della stampa medica internazionale. Al punto che nostri ricercatori e persino giovani medici impegnati in prima linea nella cura dei pazienti colpiti da infezione da coronavirus vedono la propria testimonianza pubblicata su riviste mediche che hanno tracciato e stanno facendo la storia della medicina mondiale.

È il caso della giovane cardiologa **Silvia Castelletti** del Centro aritmie cardiache di origine genetica dell'Auxologico di Milano diretta da una autorità assoluta in materia, il cardio-genetista **Peter Schwartz**, che si è vista pubblicare da una delle più prestigiose riviste mediche internazionali, il *New England Journal of Medicine* la sua toccante testimonianza di medico in prima linea al letto dei malati Covid-19. Scrive Silvia Castelletti in apertura della sua lunga e commovente testimonianza pubblicata dalla versione online del *NEJM*: “Ho appena finito il turno di notte nel reparto Covid-19. Mi guardo allo specchio: ho una C sul naso dalla maschera Ffp2 che indosso sempre, segni profondi sul mio viso lasciati dagli elastici; i miei occhi sembrano stanchi, i miei capelli sono umidi di sudore. Non sono più un medico e una donna - ora sono solo un medico, un soldato nella guerra contro il virus”.

► La speranza nella ricerca

Anche **Vincenzo Silani**, primario di neurologia all'Auxologico e professore ordinario di Neurologia all'Università di Milano, tra i primi a evidenziare e descrivere i sintomi neurologici da Covid-19 in documenti continuamente aggiornati della Società italiana di neurologia ha avuto una chiamata inaspettata da parte della più importante rivista mondiale di neurologia: *Neurology* dell'American Academy of Neurology. Nella sua testimonianza pubblicata dall'edizione online di *Neurology*, oltre alla descrizione delle manifestazioni neurologiche da coronavirus, Silani descrive l'impegno italiano nel fronteggiare una pandemia con parole che sembrano evocare scenari storici del remoto passato, ma anche del prossimo futuro: “Da Milano, una città devastata dalla pandemia, esprimo la speranza che questo evento possa essere una lezione importante per il futuro ma anche preoccupazione per le nuove generazioni che affrontano scenari senza precedenti del mondo moderno. Si spera che le nuove tecnologie che si stanno evolvendo e vengono utilizzate per garantire l'insegnamento negli ospedali universitari accelereranno lo sviluppo in ambito medico e neurologico mentre procediamo.

BIBLIOGRAFIA

- S. Castelletti, “A Shift on the Front Line”, *The New England Journal of Medicine*, April 9, 2020.
- V. Silani, Invited Commentary: “Covid-19 pandemic in Italy: Redefining the role of neurology”, *Neurology Blogs*, April 2, 2020.

Quelle ricette rosse (di vergogna) e l'importanza del "tergicristallo"

Se le parole spese per il nostro operato in questi tragici giorni hanno un qualche valore allora è già tempo di mantenere le promesse. Cosa mi aspetto? Un nuovo contratto per i Mmg, un falò di tutte le ricette rosse, la firma digitale attivata gratis, la revisione globale degli adempimenti burocratici. Segnali concreti di questo tipo sono il tergicristallo che potrebbe mostrare più nitido e percorribile il futuro dinnanzi a noi medici di medicina generale

Luigi Casadei

*Medico di medicina generale
Riccione (RN)*

Un mondo si sfalda attorno a noi, lasciando dietro sé lutti e lesioni del corpo e dello spirito. Certezze, salute, risorse economiche traballano, scosse dalla pandemia. Nessuno può dire oggi come si declineranno nei prossimi mesi le parole scuola, ufficio, lavoro, vacanza, sport, museo, bar, hotel, aereo, treno, ecc.

Nuovi modelli organizzativi sconvolgeranno tutte le professioni, compresa la nostra. Noi siamo medici, per indole (o abitudine) propensi a proteggere la vita, compresa la nostra. Ama il prossimo tuo come te stesso, è forse il vero comandamento che tentiamo di mettere in pratica. Un impegno segnato da un marchio universale che travalica religioni e ideologie, e usa un termine di paragone potentissimo e totale: "te stesso". Solo attraverso la cura della propria persona (punto sommo di riferimento) ognuno può esplicitare la sua funzione. Nel dipanarsi di questa emergenza, in troppi hanno parlato di "eroi". Ma l'odierno eroe è spesso un martire che non aspira a diventare, che ama se stesso per potere in qualche modo, da umano e magari un po' difettoso, aiutare il prossimo. Un certo torpore, una sinistra, smisurata lentezza nel comprendere i segnali eloquenti e palesi della tempesta imminente, hanno contribuito ad aumentare l'onda d'urto epidemica.

► Quale futuro?

Qualcuno dovrà poi occuparsi di raccontare la storia e scrivere la li-

sta preoccupante di sbagli che le generazioni a venire non dovranno ripetere. Per ora guardo al presente, perché l'orizzonte del futuro prossimo è ancora vago e indecifrabile. E nel presente vorrei sorgessero coraggiosi progetti per inedite soluzioni. Fra i rallentamenti e gli intoppi che hanno impedito una reazione rapida e univoca, si può senza dubbio annoverare la frantumazione provocata dai sistemi sanitari regionali: eccentrici e spesso impermeabili l'uno rispetto all'altro, dimostrano più di collidere che cooperare nell'interesse del Paese. Ma persino in questa emergenza, qualcuno ha creato all'istante nuovi moduli da compilare, nuove commissioni, ulteriori compiti, obblighi e fardelli. È tempo ora di correggere o rifiutare le inusitate pedanterie, le gabbie autoreferenziali e le eterne scorie tossiche della burocrazia. Se le parole spese per il nostro operato in questi giorni hanno un qualche valore, è già tempo di mantenere le promesse. Perciò, dico grazie per i 1.000 euro alla Regione Emilia Romagna, ma poi da subito mi aspetto un nuovo contratto per i Mmg, un falò di tutte le ricette rosse, la firma digitale attivata gratuitamente per i medici (affinché le ricette di qualsiasi tipo siano fruibili senza nessun residuo intermediario cartaceo), la revisione globale degli adempimenti burocratici. Segnali concreti di questo tipo sono il tergicristallo che potrebbe mostrare più nitido e percorribile il futuro dinnanzi a noi.

Serve un modello predittivo per uscire dal lockdown in sicurezza

Le decisioni del governo su un allentamento delle misure di contenimento non possono prescindere da alcune domande cruciali: è possibile prevedere il giorno del contagio zero? Quali risultati hanno ottenuto le misure di distanziamento sociale? I nostri risultati sono in linea con quelli della Cina? Dalla Fondazione Gimbe risposte basate sui dati e un modello predittivo

Il quadro progressivamente meno funesto offerto dal bollettino giornaliero della Protezione Civile e la scadenza del decreto 'Chiudi Italia' hanno acceso il dibattito sull'avvio dell'agognata 'Fase 2', ovvero tempi e modi per allentare il lockdown. Dal confronto tra il Governo e il Comitato Tecnico Scientifico è emersa una linea di 'gradualità e prudenza', con l'ipotesi di una 'Fase 2' in due step: il primo riguarderebbe piccole aperture per le attività produttive, il secondo, la ri-

modulazione delle misure per spostamenti e uscite.

Ma cosa dicono i dati? L'andamento dell'epidemia in Italia permette di programmare un allentamento delle misure? Con quali rischi?

"La Fondazione Gimbe - afferma il Presidente Nino Cartabellotta - ha deciso di rendere pubblici i risultati delle proprie analisi indipendenti per offrire alcune risposte, utili ad informare le decisioni politiche ed aumentare la consapevolezza della popolazione in un momento estre-

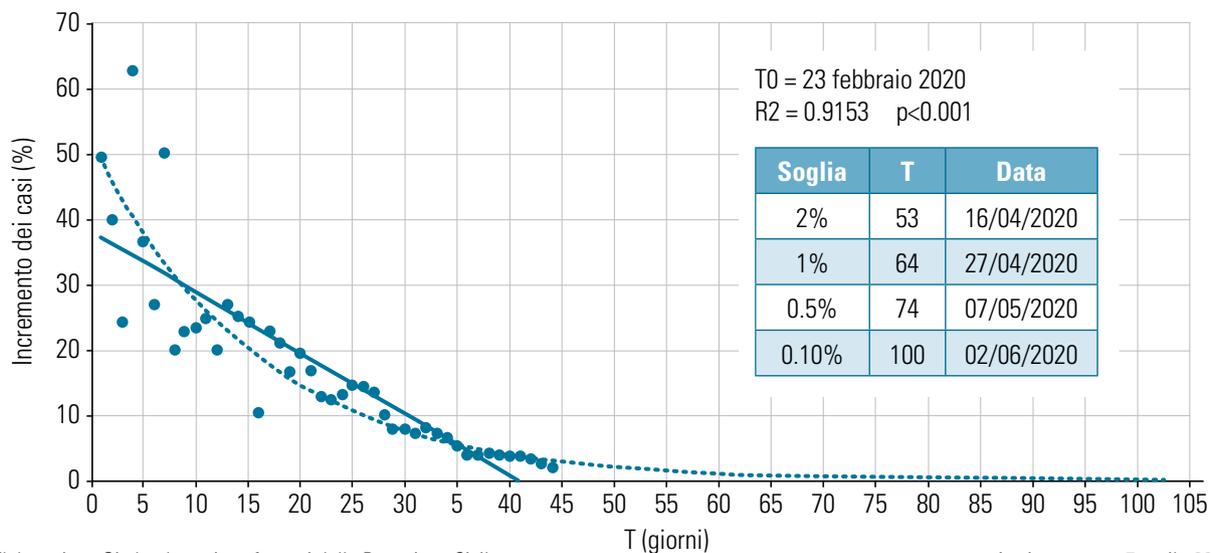
mamente delicato della gestione dell'epidemia nel nostro Paese".

È possibile prevedere il giorno del 'contagio zero'? Nell'impossibilità di prevedere il giorno in cui non ci sarà alcun nuovo caso, la Fondazione Gimbe pubblica il proprio modello predittivo che ha ormai raggiunto un'adeguata stabilità (figura 1).

Il modello è stato elaborato con l'analisi della regressione utilizzando due variabili: l'incremento percentuale dei nuovi casi e il tempo espresso in giorni.

FIGURA 1

Covid-19: modello predittivo andamento epidemia in Italia

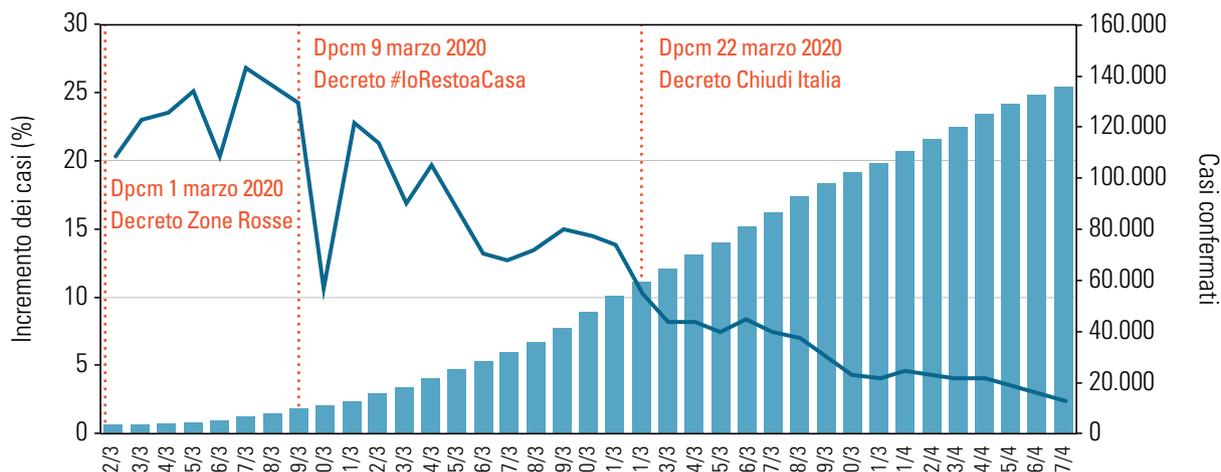


Elaborazione Gimbe da casi confermati dalla Protezione Civile

Aggiornamento 7 aprile 2020

FIGURA 2

Covid-19: trend incremento percentuale e numero di casi totali



Elaborazione Gimbe da casi confermati dalla Protezione Civile

Aggiornamento 7 aprile 2020

“Il modello - spiega Cartabellotta - viene aggiornato quotidianamente e deve sempre essere maneggiato con cautela perché l’andamento dei contagi potrebbe essere influenzato da variabili non considerate, spesso differenti nelle varie Regioni: insorgenza di nuovi focolai, numero di tamponi effettuati, aderenza alle misure di distanziamento sociale, sovraccarico degli ospedali”.

Quali risultati hanno ottenuto le misure di distanziamento sociale? Nuovi casi: dal primo al 7 aprile l’incremento medio giornaliero è stato del 3,9%, con trend in progressiva riduzione dal 4,5% al 2,3% (figura 2).

Categorie di casi riportati dalla Protezione Civile (figura 3). Pazienti ricoverati con sintomi e in terapia intensiva: il crescente decongestionamento degli ospedali è il dato che infonde maggiore ottimismo (figura 4).

Isolamento domiciliare: il numero è in continuo aumento grazie ad una più efficace identificazione dei contatti e di casi sempre meno gravi.

Guariti: il numero aumenta, ma risulta sovrastimato perché vengono conteggiati in questa categoria i casi della Regione Lombardia dimessi dall’ospedale, senza informazioni sul loro status di guarigione clinica o virologica.

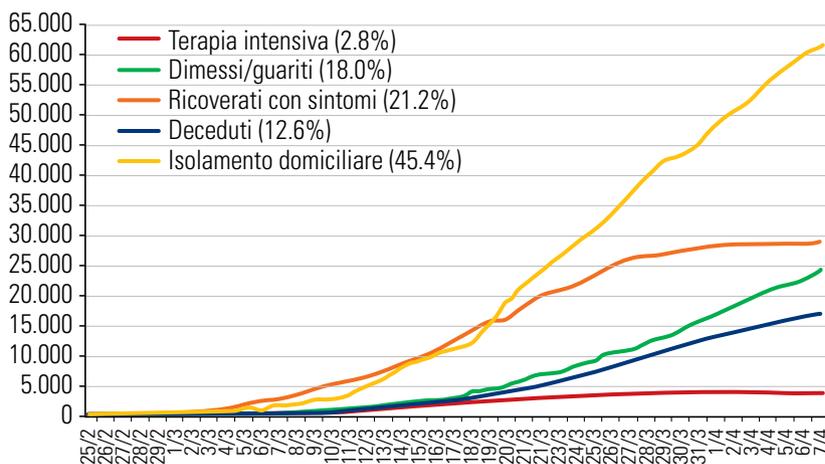
Deceduti: la curva continua a salire con una minima flessione negli ultimi

2-3 giorni.

I risultati italiani sono in linea con quelli della Cina? Il confronto è stato effettuato con la provincia di Hubei che conta 58,5 milioni di abitanti ed ha avuto una modalità di espansione iniziale dell’epidemia simile a quella italiana. Le curve di crescita dei contagi (figura 5)

FIGURA 3

Covid-19: trend categorie di casi riportati dalla Protezione Civile



Elaborazione Gimbe da casi confermati dalla Protezione Civile

Aggiornamento 7 aprile 2020

dimostrano che i risultati delle misure attuate in Italia sono ben lontani da quelli ottenuti in Cina.

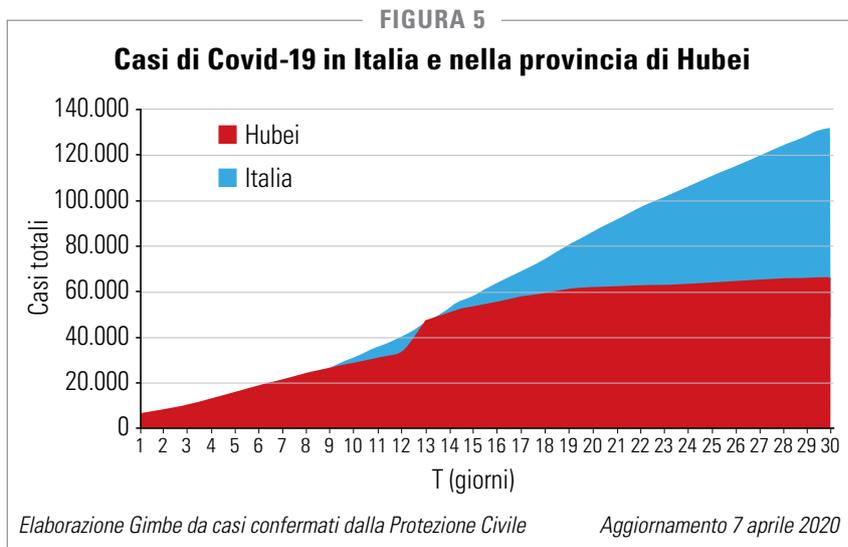
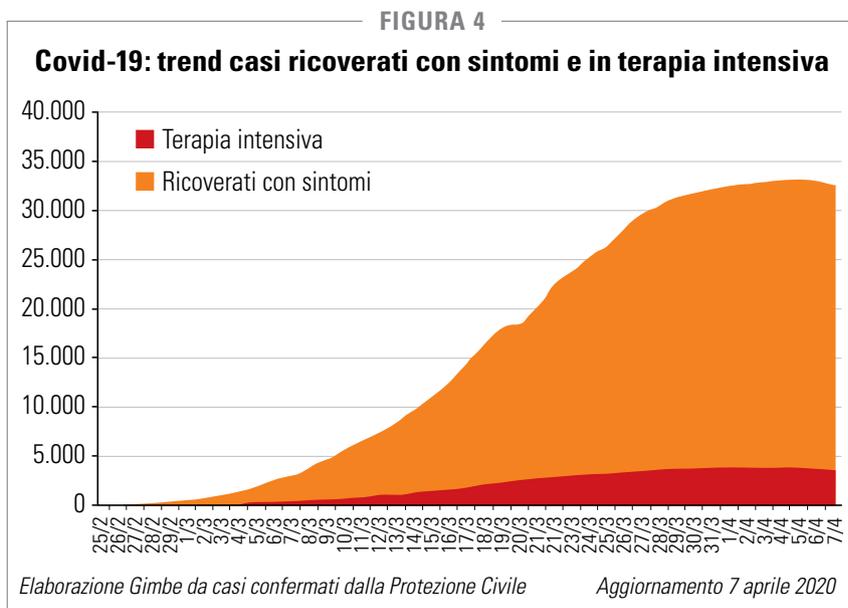
“Questa differenza - ha spiegato Cartabellotta - è dovuta almeno a tre motivazioni: da noi misure non tempestive, meno rigorose e più frammentate e minore aderenza della popolazione”.

“Il ruolo dei dati nelle decisioni politiche - continua Cartabellotta - dipenderà da quali indicatori sceglierà il Governo per stabilire criteri, tempi e modalità per l'avvio graduale della 'Fase 2', nella consapevolezza che, a differenza della Cina, non siamo in condizioni di applicare una sistematica tracciatura dei contatti tramite tecnologie avanzate e che i test sierologici non permettono ancora di fornire alcun 'patentino' di immunità”.

► Conclusioni

In sintesi, le analisi indipendenti della Fondazione Gimbe suggeriscono che:

- La curva del contagio è rallentata, ma l'aumento dei nuovi casi è ancora rilevante.
- Le misure di distanziamento sociale hanno alleggerito il carico sugli ospedali, ma il loro effetto sul numero totale dei casi è ancora modesto.
- L'allentamento delle misure dovrà essere graduale e differenziato per tipologia di intervento e, ove possibile, 'personalizzato' nelle varie Regioni, monitorando strettamente l'insorgenza di nuovi focolai.
- Se sarà confermato il rallentamento dei nuovi casi, la 'Fase 2' può essere avviata tra fine aprile e inizio maggio, accettando il rischio di una nuova impennata dei contagi.
- Se al contrario la linea vuole essere quella della gradualità e della prudenza, qualsiasi riapertura prima di fine maggio non si basa sulle



dinamiche del contagio in Italia. “Il Governo- conclude Cartabellotta - è stato chiamato a prendere una delle decisioni più difficili della storia della Repubblica, con effetti determinanti sulla nostra salute, sulle nostre libertà individuali e sull'economia del Paese. Guardando ai numeri è fondamentale conoscere quale indicatore guiderà la politica per l'attuazione della 'Fase 2': sarà, auspicabilmente, la riduzione dei

contagi al di sotto di una soglia più bassa possibile? Oppure, ci si limiterà a contenere il verosimile aumento dei ricoveri e dei decessi, per il timore che la popolazione e l'economia non sono in grado di reggere un rigoroso prolungamento del lockdown?”

Il modello predittivo è quotidianamente aggiornato sul sito:
<https://coronavirus.gimbe.org>

AGGIORNAMENTI



■ **CARDIOLOGIA**

Lo stress predittore di secondo evento cardiovascolare

■ **ENDOCRINOLOGIA**

Correlazione tra ipotiroidismo subclinico e infertilità

■ **MALATTIE RARE**

Terapia enzimatica sostitutiva finalmente al domicilio

■ **MEDICINA INTERNA**

Beta-talassemia, meno trasfusioni con nuovo farmaco

■ **NEUROLOGIA**

Malattia di Parkinson ad esordio giovanile

■ **UROLOGIA**

Disfunzione erettile: marker precoce per eventi CV

■ CARDIOLOGIA

Lo stress predittore di secondo evento cardiovascolare

Tutte le persone vivono momenti di stress nella corso della vita, causati da problemi finanziari, pressioni sul lavoro, problemi di relazione, malattie o persino disastri naturali o crisi sanitarie come l'emergenza da SARS-CoV-2. Ma per una parte dei pazienti sopravvissuti a un IMA lo stress mentale - al contrario dello stress fisico - potrebbe essere un predittore più forte per un secondo evento o per morte per malattia cardiache. Lo suggerisce una ricerca presentata al Virtual ACC.20/WCC organizzato dall'American College of Cardiology's Annual/Congresso mondiale di cardiologia. I risultati dello studio segnalano che pazienti di mezza età con pregressa ischemia miocardica nei quali era presente stress mentale avevano una probabilità doppia di avere un altro infarto o di morire per malattie CV rispetto a quelli che non avevano vissuto questo tipo di stress, anche se con precedente evento CV.

Nello studio viene sottolineata la necessità di strategie per identificare i migliori interventi di gestione dello stress per questi soggetti. Questa ipotesi suggerisce che nel corso del follow-up i pazienti andrebbero indagati anche sulla qualità della loro vita, domandando loro la presenza di eventuali eventi stressori.

► La ricerca

I ricercatori hanno valutato se l'ischemia miocardica indotta dallo stress mentale fosse associata ad esiti negativi a confronto con lo stress convenzionale causato dall'esercizio fisico, in sopravvissuti ad un IMA.

Sono stati studiati 306 adulti di età ≤61 anni (50 anni in media) di entrambi i sessi, che negli otto mesi precedenti erano stati ospedalizzati per IMA. I partecipanti sono stati sottoposti a due tipi di test: test di stress mentale (provocato da un discorso con forte contenuto emotivo di fronte a un pubblico intimidatorio, apparentemente disinteressato seguito da perfusione miocardica) e test di stress convenzionali (farmacologico o esercizio fisico). I pazienti sono stati seguiti per tre anni per l'endpoint primario, che includeva una combinazione di insorgenza di infarto ripetuto o morte cardiovascolare.

► Risultati

L'ischemia miocardica indotta da stress si è verificata nel 16% dei pazienti e l'ischemia convenzionale nel 35%, suggerendo che l'ischemia tradizionale dovuta all'esercizio fisico o allo stress indotto da farmaci sia più comune. Nel corso del follow-up di tre anni, il 10% dei pazienti (28 individui) ha avuto un secondo IMA e due sono deceduti

per eventi CV. L'incidenza di infarto o morte cardiovascolare è più che raddoppiata nei pazienti con ischemia indotta da stress mentale rispetto a quelli senza ischemia da stress mentale, verificatisi nel 20% e nell'8% pazienti, rispettivamente.

► Commento

"I pazienti che hanno sviluppato ischemia con stress mentale avevano un rischio doppio di avere un infarto ripetuto o di morire per malattie CV rispetto a quelli che non hanno sviluppato ischemia durante lo stress mentale", ha commentato Viola Vaccarino, principale investigatore dello studio. "Ciò significa che la propensione ad avere una riduzione del flusso sanguigno al cuore durante lo stress psicologico acuto rappresenta un ulteriore fattore di rischio in pazienti con pregresso evento CV.

Un'altra scoperta interessante è che l'ischemia con stress mentale e con stress convenzionale non sono correlate tra loro, suggerendo che si verificano attraverso percorsi diversi. Questo indica che lo stress provocato dalle emozioni ha un meccanismo distinto di rischio per le malattie cardiache e le sue complicanze rispetto allo stress fisico". Il team hanno in programma di espandere questa ricerca utilizzando una dimensione del campione più ampia e un follow-up più lungo per determinare sottogruppi specifici di pazienti che sono particolarmente a rischio di esiti avversi quando sviluppano ischemia da stress mentale.

• ACC.20/WCC 2020
<https://accscientificsession.acc.org>

■ ENDOCRINOLOGIA

Correlazione tra ipotiroidismo subclinico e infertilità

Rispetto alle loro coetanei eutiroidee, le donne di età superiore ai 35 anni che presentano ipotiroidismo subclinico possono avere una ridotta riserva ovarica, indicata da un numero minore di follicoli antrali e un livello di ormone anti-mülleriano (AMH) e un livello di ormone follicolo-stimolante più elevato, secondo i risultati di uno studio pubblicato su *Thyroid*. I risultati dimostrano che l'ipotiroidismo subclinico è associato a una più alta concentrazione basale di FSH e una più bassa AMH, conteggio follicolo antrale e numero di ovociti aspirati a seguito di stimolazione ovarica controllata. "Nel loro insieme, i risultati di questo studio suggeriscono che l'ipotiroidismo subclinico è associato a una riserva ovarica inferiore nelle donne anziane in età riproduttiva", scrivono gli autori.

► Test di funzionalità tiroidea e fertilità femminile

I ricercatori hanno analizzato i dati di 289 donne con ipotiroidismo subclinico (età media, 34.8 anni) e 2.279 donne eutiroidee (età media, 34.3 anni). Tutti le partecipanti erano state sottoposte a un trattamento per l'infertilità. I ricercatori hanno valutato la conta dei follicoli antrali, l'ormone anti-mülleriano (AMH), i livelli di FSH e gli ovociti aspirati. Tra tutte le donne con ipotiroidismo

subclinico, l'FSH medio è risultato 8.41 mIU/mL, l'AMH medio 2.87 ng/mL, il numero medio di follicoli antrali 10,3 e il numero medio di ovociti aspirati era 8 rispetto a un FSH medio di 7.28 mIU/mL, una media AMH di 3.15 ng/mL, una conta media dei follicoli antrali di 11 e un numero medio di ovociti aspirati di 8.4 tra tutte le donne eutiroidee ($p < .001$ per tutti i confronti).

"I risultati di questo studio suggeriscono che un test di funzionalità tiroidea dovrebbe essere incluso nel protocollo di screening di routine per la fertilità femminile", hanno commentato i ricercatori. "Per un paziente con ridotta riserva ovarica, si dovrebbe prendere in considerazione la possibilità di disfunzione tiroidea."

Al contrario, i ricercatori hanno trovato solo "un livello di FSH leggermente ma significativamente più alto" in un confronto simile con donne di età inferiore ai 35 anni.

"Vale la pena notare che l'età di 35 anni non è un limite molto severo. Abbiamo selezionato questo limite perché le donne di età >35 anni mostrano generalmente evidenti riduzioni della funzione ovarica", hanno scritto i ricercatori. "Pertanto, questo studio dimostra che l'invecchiamento può amplificare gli effetti dell'ipotiroidismo subclinico sulla riserva ovarica".

► Ipotiroidismo subclinico

L'ipotiroidismo subclinico (IpoS) (TSH sierico > al range di riferimento, con FT4 ed FT3 sieriche nella norma e sfumati o assenti segni e sintomi di ipotiroidismo) comprende l'IpoS lieve (TSH ≤ 10 mU/L) e l'IpoS severo (TSH >10 mU/L).

La diagnosi di IpoS deve tenere conto di range di riferimento età-specifici, visto che il TSH, nei soggetti adulti, correla direttamente con l'età.

La prevalenza dell'IpoS è pari al >3% nella popolazione generale ed aumenta fino al 20% nelle donne in età avanzata. La tiroidite cronica autoimmune è la causa principale, ed è caratterizzata da una lenta progressione verso l'ipotiroidismo conclamato, spesso preceduta da una lunga fase in cui i valori di TSH sierico possono rientrare spontaneamente nel range di norma, una possibilità da tenere conto prima di iniziare la terapia, ripetendo il dosaggio del TSH a distanza di 3-6 mesi. L'IpoS, spesso asintomatico, determina multiple alterazioni fisiopatologiche che giustificano la correlazione tra concentrazione di TSH sierico e rischio di mortalità totale, eventi cardio-cerebrovascolari fatali e non fatali, progressione dell'IRC, disfunzione cognitiva, carcinoma papillare della tiroide e carcinomi extratiroidei.

BIBLIOGRAFIA

- Rao M, et al. Subclinical Hypothyroidism is associated with lower ovarian reserve in women aged 35 years or older. *Thyroid*. Online 2020.
- Brancato D, Provenzano F. Ipotiroidismo subclinico. *IJM* 2017; 5(3):19-27

■ MALATTIE RARE

Terapia enzimatica sostitutiva finalmente al domicilio

Da tempo i pazienti affetti da malattie rare che si devono sottoporre a terapie enzimatiche sostitutive in ambito ospedaliero si mobilitano attraverso le loro associazioni per ottenere, se le condizioni cliniche lo consentono, l'effettuazione della ERT (enzyme replacement therapy) al proprio domicilio. La pandemia di Covid-19 è riuscita a cancellare le resistenze. In pochi giorni, infatti, sono arrivate notizie favorevoli alla domiciliare: la Regione Toscana ha attivato la domiciliare per i pazienti con malattia di Gaucher e l'Aifa ha pubblicato una raccomandazione molto chiara, che apre alla domiciliare per le terapie enzimatiche sostitutive non solo per la Gaucher ma per molte altre malattie rare. Con una determina Aifa (n. 341/2020) ha autorizzato limitatamente al periodo di emergenza la possibilità di fare le infusioni dei medicinali che servono per alcune malattie genetiche direttamente al domicilio dei pazienti. Anche se non immediatamente coinvolto il medico di medicina generale del paziente deve essere messo a conoscenza della domiciliare della terapia.

"Nel rispetto delle condizioni cautelative previste dalla scheda tecnica e a fronte dell'acquisizione del consenso informato del paziente o del suo tutore legale, i medicinali per terapia enzimatica sostitutiva - ERT - di

cui alle determinazioni richiamate in premessa, ove non siano già state attivate sul territorio modalità di erogazione della terapia in regime domiciliare, sono somministrati presso il domicilio del paziente". È quanto si legge nella determina dell'Aifa che avrà durata per il solo periodo dell'emergenza da Covid-19.

► **Condizioni per la somministrazione domiciliare**

- I pazienti possono essere trattati a domicilio solo dopo aver ricevuto la ERT in ospedale per un periodo di almeno 6-12 mesi senza avere mai manifestato reazioni avverse al farmaco (IAR).
- Se il paziente ha una malattia respiratoria cronica importante (per esempio: %FVC \leq 40%), deve essere valutato su base individuale: solo se si dimostra che la malattia respiratoria è stabile e il paziente è in buone condizioni cliniche generali, la terapia domiciliare può essere autorizzata.
- Il paziente deve avere facili accessi venosi o un port-a-cath impiantato e funzionante.
- Il team dell'infusione domiciliare deve incontrare il paziente e il medico in ospedale prima del trasferimento a domicilio e avere una cartella del paziente con la prescrizione individualizzata del trattamento da mettere in atto se presentasse IAR.
- Il medico di famiglia deve essere

al corrente del fatto che il paziente riceve la ERT al domicilio. Il paziente alla visita successiva al centro deve portare tutta la documentazione che riguarda le infusioni domiciliari.

- Il team domiciliare deve informare subito il medico specialista che ha in cura il paziente se vi sono problemi di accesso venoso o se il paziente ha presentato una IAR.
- Il team infusionale domiciliare è costituito da un medico reperibile telefonicamente esperto della malattia e da uno o due infermieri addestrati che abbiano fatto un corso ad hoc e che conoscano la patologia, il farmaco, le possibili reazioni, e i trattamenti correlati.
- Il medico responsabile dell'infusione domiciliare deve essere sempre reperibile telefonicamente dal team infusionale.

► **Proroga dei piani terapeutici Aifa**

In considerazione della necessità di ridurre il rischio di infezione da SARS-CoV-2 nei pazienti anziani e/o con malattie croniche, limitando l'affluenza negli ambulatori specialistici al fine di ottenere il rinnovo di piani terapeutici di medicinali soggetti a monitoraggio AIFA web-based o cartaceo, Aifa comunica che la validità dei piani terapeutici (PT) web-based o cartacei già sottoscritti dai medici specialisti e che risultano in scadenza nei prossimi mesi sarà estesa di 90 giorni a partire dal momento della scadenza. Al termine del periodo di proroga, in assenza di nuove comunicazioni, il rinnovo dei PT dovrà avvenire secondo le consuete modalità.

• Fonte: www.aifa.gov.it

■ **MEDICINA INTERNA**

Beta-talassemia, meno trasfusioni con nuovo farmaco

Uno studio guidato dall'Università Statale di Milano, pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, che ha coinvolto 65 centri in 15 diversi Paesi nel mondo, illustra i risultati che hanno portato alla registrazione di un farmaco, luspatercept, in grado di ridurre il fabbisogno trasfusionale nei pazienti affetti da beta-talassemia trasfusione-dipendente. La ricerca è stata coordinata da **Maria Domenica Cappellini**, Direttore dell'Unità di Medicina Generale e Responsabile Centro delle Malattie Rare presso la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Milano, ordinario di Medicina Interna presso l'Università degli Studi di Milano.

Come noto la talassemia richiede una terapia con trasfusioni di sangue ogni 2/3 settimane per tutta la vita associate a terapia ferrochelante.

"Da anni stiamo cercando terapie alternative alla terapia trasfusionale e accanto al trapianto di midollo, limitato a una percentuale limitata di pazienti, essendo necessario un donatore HLA compatibile (Human Leucocyte Antigens), la terapia genica è in fase di studio, ma ancora i risultati sono preliminari e il costo della procedura ne potrà limitare l'utilizzo" - spiega a *M.D.* Maria Domenica Cappellini. Luspatercept è una terapia che potrebbe cambia-

re la storia naturale e l'approccio terapeutico alla talassemia". Luspatercept è il capostipite di una nuova classe di farmaci, quella degli agenti della maturazione eritroide (EMA), molecole che si ritiene regolino l'ultima fase della maturazione dei globuli rossi. La scoperta che luspatercept può agire sull'eritropoiesi è avvenuta quasi per caso, in quanto la molecola era stata inizialmente testata come farmaco anti-osteoporosi e si era visto che nelle donne trattate produceva un aumento dell'emoglobina.

Il farmaco si è rivelato avere un effetto sulla formazione dei globuli rossi e in particolare nella fase terminale della loro maturazione (riducendo la quota di eritropoiesi inefficace nelle condizioni in cui essa è prevalente) e pertanto corregge l'anemia. Le varie forme di talassemia si caratterizzano proprio per avere una elevata quota di eritropoiesi inefficace dovuta allo sbilanciamento tra le globine che dovrebbero formare l'emoglobina. Negli studi di fase 1 e 2 i risultati e la sicurezza del farmaco hanno consentito di disegnare lo studio registrativo di fase 3.

► Risultati dello studio

In sintesi analizzando una coorte di pazienti talassemici trattati con il farmaco (n=244) rispetto ad una coorte trattata con placebo (n=122)

si è osservato che oltre il 70% dei pazienti in terapia ha ridotto del 33% e oltre il 40% ha ridotto del 50% il fabbisogno trasfusionale nel periodo di osservazione di un anno. Alcuni pazienti nell'estensione dello studio hanno raggiunto addirittura l'indipendenza dalla trasfusione. I risultati sono straordinari con un significativo impatto sulla qualità di vita dei pazienti, se si considera anche il fatto che il farmaco viene somministrato sottocute ogni 21 giorni in alternativa alla terapia trasfusionale. Inoltre viene ridotto il rischio di comorbidità associate alla terapia trasfusionale e all'accumulo di ferro.

Luspatercept è stato approvato dalla FDA e dall'EMA e quindi sarà disponibile verosimilmente verso la fine del 2020 e inizialmente potrà essere utilizzato per i pazienti talassemici trasfusione-dipendenti. Intanto si sta aprendo un ampio scenario in cui il farmaco potrà essere utilizzato in altre patologie che si caratterizzano per presenza di eritropoiesi inefficace quali le sindromi mielodisplastiche, le diseritropoiesi congenite" - conclude la prof.ssa Cappellini.

BIBLIOGRAFIA

- Cappellini MD et al. A phase 3 trial of luspatercept in patients with transfusion-dependent β -thalassemia. *N Engl J Med* 2020 Mar 26; 382: 1219-31.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Maria Domenica Cappellini

■ NEUROLOGIA

Malattia di Parkinson ad esordio giovanile

Benché l'incidenza della malattia di Parkinson (MP) aumenti con l'incremento dell'età, la malattia si può sviluppare anche in età giovanile.

"Nei pazienti con MP giovanile la progressione di malattia tende a essere più lenta, le complicanze motorie (fluttuazioni motorie e discinesie) si verificano più precocemente e i disturbi psichiatrici di tipo affettivo (depressione, ansia) e comportamentale (disturbo del controllo degli impulsi) sono più frequenti - spiega **Anna Zecchinelli**, Direttore del Centro Parkinson e Parkinsonismi dell'ASST Gaetano Pini-CTO di Milano.

Nella MP giovanile la distonia si associa frequentemente al parkinsonismo e i disturbi cognitivi e assiali (instabilità posturale, cadute, anomalie posturali del tronco) sono meno frequenti, potendo manifestarsi molto tardivamente dopo numerosi anni di malattia, in età più avanzata".

► **Terapia**

Il trattamento della malattia di Parkinson a esordio giovanile non è diverso da quello in fase più avanzata, a guidare la scelta terapeutica è il grado di disabilità e la richiesta funzionale della persona; vanno tenute le comorbidità e altri trattamenti farmacologici, per evitare interazioni tra farmaci.

"Con l'avanzare della malattia nel corso degli anni è più probabile che la persona che si ammala da giovane vada incontro a complicanze motorie, pertanto è più probabile che un paziente a esordio giovanile affronti le terapie avanzate, infusionali o le metodiche neurochirurgiche (Deep Brain Stimulation)" - spiega la specialista.

► **Genetica**

A tutt'oggi il motivo per cui la malattia di Parkinson si sviluppa non è noto. La presenza di una predisposizione genetica è però confermata dal fatto che dal 10% al 16% dei pazienti con MP riferisce almeno un familiare di primo grado affetto: se il rischio della popolazione generale di ammalarsi di Parkinson sopra i 65 anni di età è dell'1%, per i familiari di 1° grado di un malato di Parkinson il rischio di ammalarsi è il 3%.

Nonostante l'enorme progresso raggiunto però il ruolo della genetica nella patogenesi della MP rimane ancora solo parzialmente compreso, probabilmente anche perché molti geni sono ancora da scoprire, e le conoscenze sui fattori di suscettibilità genetica associati alla patologia sono ancora scarse e spesso discordanti. Recentemente però, grazie all'avvento di tecnologie innovative, quali il sequenzia-

mento di nuova generazione (NGS) e gli studi di associazione su tutto il genoma (Genome Wide Association Studies, GWAS), questo scenario sta cambiando.

► **Comunicare la diagnosi**

Confrontarsi con i pazienti giovani richiede al medico un grande impegno in termini di empatia e comunicazione con la persona. "Comunicare la diagnosi è un momento delicato. La malattia cronica spaventa, le responsabilità rispetto alla famiglia sono maggiori. Parliamo di persone in attività lavorativa e spesso con figli piccoli. La nostra società tende a stigmatizzare le persone non più efficienti fisicamente, il rischio è quello di isolarsi, mentre il modo migliore di affrontare la malattia è di mantenere i rapporti sociali, affiancare alla terapia farmacologica l'esercizio fisico, da soli o con l'aiuto di un terapista, curare l'alimentazione, eventualmente ricorrere al sostegno psicologico, da soli o in coppia per meglio affrontare la malattia, vivere consapevoli di essere persone con il Parkinson, non malati di Parkinson".

Infobox

Un aiuto viene dalle associazioni di pazienti, ce ne sono oramai molte in Italia, alcune indirizzate alle persone con Parkinson giovanile.

- Centro Parkinson, con sede al Presidio Ospedaliero CTO di Milano www.parkinson.it
- Associazione Italiana Parkinsoniani aip@associazioneparkinson.it
- Associazione Italiana Giovani Parkinsoniani www.parkinsongiovani.com

■ UROLOGIA

Disfunzione erettile: marker precoce per eventi CV

Una importante mole di evidenze ha chiaramente documentato che la disfunzione erettile (DE) rappresenta non solo una complicità delle malattie cardiovascolari, ma spesso un segno precoce del rischio di patologia CV.

In una recente review un team di ricercatori italiani ha sistematizzato e discusso i dati delle metanalisi disponibili che hanno valutato l'associazione tra DE e rischio cardiovascolare.

Allo stesso modo, gli studiosi hanno analizzato tutte le metanalisi disponibili che studiano il significato della disfunzione erettile come possibile marcatore precoce per i principali eventi cardiovascolari avversi. Le prove disponibili indicano che la disfunzione erettile rappresenta un fattore di rischio di mortalità e morbilità CV. Non solo i fattori di rischio CV convenzionali ma anche quelli non convenzionali, derivati da una perturbazione dei domini "relazionale e intrapsichico" della disfunzione erettile, potrebbero svolgere un possibile ruolo nella stratificazione del rischio CV di soggetti con disfunzione erettile. Infine, i ricercatori segnalano che l'ecografia doppler del pene può fornire importanti informazioni sul rischio cardiovascolare, specialmente in soggetti giovani e a basso rischio.

► Ulteriori dati

Il prof. **Giovanni Corona**, UO Endocrinologia, Ospedale Maggiore, UO Andrologia e Medicina della Sessualità, Università di Firenze, nonché presidente della SIAMS (Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità), è il primo firmatario della review ed è noto nella comunità scientifica per aver dimostrato come la disfunzione erettile possa rappresentare un campanello di allarme di altre malattie. Nel sito della SIAMS il prof. Corona rende consultabili diversi approfondimenti sul tema, fornendo un'ampia panoramica. Circa 10 anni fa, Montorsi e coll. dimostrarono infatti per la prima volta come la DE, in media, si verifici 3 anni prima della comparsa di un evento CV. Gli autori ipotizzarono che, in seguito all'esposizione a fattori di rischio comuni, le arterie peniene raggiungessero un livello di restringimento critico anticipato rispetto ai più grandi vasi coronarici (ipotesi del calibro delle arterie). Nel corso di un follow-up di 9 anni, nell'ampio studio epidemiologico "Prostate Cancer Prevention Trial", la presenza di una DE all'arruolamento aumentava del 25% il rischio di sviluppare un evento CV.

I dati ottenuti in un'ampia casistica di pazienti di Firenze che si rivolgevano ad un ambulatorio andrologico per disturbo della sessualità, supportano

ulteriormente questi risultati. Tra i pazienti con DE, coloro che riferivano un problema più grave avevano un rischio del 75% di sviluppare un evento CV dopo un follow-up medio di 4.4 anni. Inoltre, nella stessa popolazione, è stato dimostrato come, a parità di fattori di rischio CV, la presenza di un danno arterioso, valutato con eco-doppler penieno, raddoppiasse la possibilità di avere un evento CV, in particolare in soggetti giovani e in quelli a "basso rischio".

È importante notare, suggerisce Corona, che nella popolazione generale la maggior parte degli eventi CV si verifica in soggetti che sarebbero classificati come a "rischio ridotto" utilizzando parametri convenzionali. La ricerca di nuovi parametri in grado di individuare il "rischio CV residuo" è clinicamente rilevante. I dati più recenti suggeriscono come la presenza di un danno vascolare all'eco-doppler penieno, in particolare un'alterazione dell'accelerazione valutata in condizioni di flaccidità, possa essere considerato un nuovo marcatore surrogato di rigidità arteriosa negli uomini con DE, e possa essere utilizzato per predire eventi CV anche in uomini giovani e "a basso rischio".

La presenza di disfunzione erettile dovrebbe dunque diventare per gli AA un'opportunità - per il paziente e per il medico - per verificare la presenza di comorbidità che migliorano non solo la salute sessuale ma, soprattutto, la salute generale degli uomini.

BIBLIOGRAFIA

- Corona G et al. Erectile dysfunction and cardiovascular risk: a review of current findings. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2020; 19 marzo (online ahead of print)
- www.siams.info

Covid-19 e salute mentale del medico: oltre il burn-out

Davanti ad uno scenario di stress e tensione i medici di famiglia stanno rispondendo con grande tenacia, tirando fuori il meglio di sé, riuscendo a sostenere ritmi inimmaginabili in condizioni di normalità, con spirito di abnegazione, spendendo ogni energia in una posizione di attacco quale risposta allo stress. Ma lo stress, così vissuto, porta i conti...

Ferdinando Pellegrino - *Psichiatra - Psicoterapeuta, Salerno*

Con il coronavirus il medico di famiglia si trova ad affrontare un'emergenza senza precedenti che ha colto tutti di sorpresa: si tratta di un evento ad elevato impatto emozionale.

Davanti ad uno scenario di stress e tensione, la maggior parte dei medici sta rispondendo con grande tenacia, tirando fuori il meglio di sé, riuscendo a sostenere ritmi inimmaginabili in condizioni di normalità, con spirito di abnegazione, spendendo ogni energia in una posizione di attacco quale risposta allo stress. Ma lo stress, così vissuto, porta i conti.

Lo stress, definito come una reazione soggettiva ad una stimolazione ambientale, può avere diverse sfaccettature: nell'immediatezza degli eventi permette di fronteggiare la situazione ma, se protratto ed eccessivo, può diventare fonte di disagio e sofferenza. Ogni persona esprime una peculiare modalità di reazione agli eventi stressanti, soprattutto a quelli che sollecitano l'esposizione a situazioni che minacciano la vita; l'esposizione agli eventi traumatici slentizza delle risposte sul piano psicologico e su quello fisico che possono avere aspetti positivi e negativi, la cui valutazione può essere fatta solo in un secondo momento, quando l'emergenza è superata.

Nel dare una risposta allo stress, nell'immediatezza dell'esposizione all'evento stressante, il medico si rende conto della portata dello stesso, ne codifica il rischio ed attiva ogni risorsa disponibile al fine di poterlo affrontare.

Questo processo ha consentito all'uomo, nel corso dell'evoluzione, di affrontare pericoli e fatiche senza sosta, riuscendo a calibrare le proprie risorse con l'obiettivo di sopravvivere; si alternano così stati d'animo fluttuanti di scoraggiamento e di forza, di timore e di coraggio.

► Iperarousal psicofisiologico

Il problema rilevante è che, nel trambusto della risposta allo stress, questi fattori psicologici lasciano nella memoria una traccia di ciò che accade, una narrazione che inevitabilmente lascia un segno nella persona, una traccia con cui fare i conti; questo perché si concretizza una persistente condizione di *iperarousal psicofisiologico*, di iperattivazione del sistema nervoso simpatico e parasimpatico che è fonte di disagio, poiché va a compromettere la funzionalità cognitiva ed emotiva della persona.

Questa reazione da stress, *reazione di adattamento*, ha infatti un limite fisiologico dovuto alla natura stessa dell'uomo non in grado di

sostenere un *iperadattamento*, un adattamento a traumi persistenti e ad elevato impatto emotivo.

Quando inizia a cedere, a rendersi conto di non avere più risorse, il medico deve così fare i conti con le forze residue e con reazioni psicologiche che possono strutturarsi in veri disturbi psichici. Non si tratta di burn-out, il medico si ritrova a vivere un'esperienza drammatica che dal punto di vista nosografico va contestualizzata nei "Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti" del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'APA (DSM-5).

► Disturbo da stress acuto

Il DSM-5 prevede il "disturbo da stress acuto", quale reazione immediata rispetto all'esposizione ad una minaccia per la vita, definita dall'ICD-11, la Classificazione Internazionale delle Malattie di recente approvazione da parte dell'OMS, una "Reazione acuta allo stress classificata tra i fattori che influenzano lo stato di salute o il contatto con i servizi sanitari.

Dal punto di vista clinico ciò è rilevante in quanto una reazione acuta da stress, che insorge nell'immediatezza del trauma, non ha le caratteristiche di un disturbo consolidato, bensì di una reattività aspecifica la cui evoluzione non è prevedibile;

in questa fase è necessario avere prudenza e osservare l'evoluzione del quadro clinico, privilegiando un approccio psicologico mirato, in prima istanza, ad accogliere la sofferenza del medico ed aiutarlo a pianificare idonee strategie di coping.

► Esposizione al trauma

Nella specificità dell'emergenza da coronavirus ci si trova di fronte a due modalità di esposizione al trauma, una diretta e l'altra indiretta.

L'esperienza diretta è data dalla possibilità del contagio, il che metterebbe in pericolo la propria incolumità ma anche quella dei propri familiari, inoltre si vive - indirettamente - la sofferenza di altre persone rispetto alle quali ci si sente impotenti e frustrati. Si vive così un'esperienza traumatica alimentata da una modalità pressante di esposizione al trauma, protratta nel tempo ed angosciante, senza nessuna via d'uscita rispetto ad un agente traumatico altamente patogeno ed "invisibile"; tale contesto va tenuto in debita considerazione, poiché può determinare una più alta possibilità di sviluppo di quadri clinici di particolare complessità clinica.

Il medico esposto al trauma, costretto spesso ad intervenire in situazioni di precarietà si trova ad essere disarmato, in piena solitudine, senza nessuna sicurezza e garanzia.

Disturbo da stress acuto*

In seguito all'esposizione a morte reale o minaccia di morte, vissuta in prima persona o indirettamente (come nel caso del medico che soccorrere persone con gravi patologie) si possono presentare sintomi quali:

- Pensieri e/o sogni ricorrenti e pervasivi riguardanti l'esperienza traumatica
- Flashback (rappresentazione dell'evento vissuta come reale)
- Sensazione di angoscia psicologica con reazioni fisiche scatenate da tutto ciò che rievoca il trauma
- Alterazione dei vissuti emotivi, profonda prostrazione e sfiducia
- Fenomeni di depersonalizzazione (sentirsi un estraneo) e derealizzazione (stato di irrealtà)
- Disturbi del sonno, della memoria e della concentrazione
- Condotte di evitamento (si cerca di evitare qualsiasi cosa che rievoca il trauma)
- Irritabilità, rabbia, condizione di iperarousal psicofisiologico

La sintomatologia è variabile e invalidante; può comparire entro tre giorni dall'esposizione al trauma e se diventa persistente si possono avere quadri clinici come il disturbo da stress post-traumatico.

** per la descrizione completa dei sintomi si veda il DSM-5*

► Prevenzione

Prevenire i disturbi da trauma vuol dire innanzitutto favorire l'elaborazione di processi mentali volti a rafforzare il senso di sicurezza e di fiducia nella possibilità di superare il momento di crisi: il medico non può essere lasciato solo, ha bisogno sin dal primo momento di vicinanza, di condivisione dell'esperienza, di parlarne in gruppi supervisionati da esperti con l'applicazione di specifiche tecniche psicologiche allo scopo di alleggerire le angosce di morte connesse alla necessità di "sopravvivere".

Superata la fase dell'emergenza, il lavoro psicologico non finisce perché, dopo aver dato il meglio di sé, il me-

dico non avrà più risorse disponibili, ed è in questa fase che possono più facilmente insorgere quadri clinici pervasivi del post-trauma e di particolare rilevanza clinica, come il "disturbo da stress post-traumatico".

BIBLIOGRAFIA

- Pellegrino F, La salute mentale, clinica e trattamento, Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2018



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

Evitare il disturbo post-traumatico da stress nei medici

► Gli operatori sanitari, coinvolti nella rete di gestione dell'emergenza, impegnati sia in setting clinici che di comunità, sono i pilastri su cui si fonda la risposta all'epidemia da SARS-CoV-2. Ma in diversi studi sui rischi psicosociali dello stress tra il personale sanitario durante le

epidemie di SARS ed Ebola, nel corso della pandemia influenzale A/H1N1 e durante la gestione della pandemia Covid-19 in Cina hanno rilevato la comparsa di sintomi associabili a stress post traumatico. Da ultimo uno studio trasversale condotto in Cina su 1.257 operatori

sanitari impegnati nei presidi coinvolti nella gestione di pazienti con Covid-19, ha valutato la presenza di sintomi depressivi e ansiosi evidenziando che le donne, il personale infermieristico e coloro che lavorano nelle zone con maggiore concentrazione di casi e che sono più direttamen-

te coinvolti nell'emergenza hanno dei sintomi più intensi e possono necessitare di supporto o di interventi psicologici (www.epicentro.it).

Il Centro per lo studio dello stress traumatico (CSTS) dell'Uniformed Services University of the Health

Sciences americana (la cui mission è mitigare l'impatto del trauma derivante dall'esposizione a guerre, catastrofi, terrorismo, violenza nella comunità e minacce per la salute pubblica) ha pubblicato il documento "Sostenere il benessere del per-

sonale sanitario durante il Covid-19 e altri focolai di malattie infettive", proponendo una serie di strategie per contrastare e per evitare lo stress e il disturbo post-traumatico da stress (www.cstsonline.org).

(p.l.)

Sostenere il benessere del personale sanitario durante il Coronavirus e altri focolai di malattie infettive

Lo stress estremo, l'incertezza medica delle pandemie di malattie infettive globali, come il Covid-19, richiedono un'attenzione speciale. Prendersi cura di se stessi e incoraggiare gli altri a praticare la cura di sé sostiene la capacità di prendersi cura di chi è nel bisogno

LE SFIDE DA AFFRONTARE

- **Aumento nelle richieste di assistenza.** Molte più pazienti richiedono assistenza, ma nel contempo aumenta il personale sanitario malato.
- **Rischio continuo di infezione.** Aumento del rischio di contrarre malattie temute e trasmetterle a familiari, amici, colleghi, pazienti.
- **Dispositivi di Protezione Individuale (DPI).** L'attrezzatura può essere scomoda, limitare la mobilità e la comunicazione, ma come sta succedendo c'è anche il rischio di carenza.
- **Fornire supporto e assistenza medica.** Il disagio del paziente può essere sempre più difficile da gestire ed emotivamente difficoltoso.
- **Stress psicologico nei contesti epidemici.** Aiutare chi è nel bisogno può essere gratificante, ma anche difficile poiché i lavoratori possono provare paura, dolore, frustrazione, senso di colpa, insonnia ed esaurimento.

STRATEGIE PER IL BENESSERE DEL MEDICO

- **Soddisfare le esigenze di base.** Assicurati di mangiare, bere e dormire regolarmente. Diventare biologicamente deprivati ti mette a rischio e può anche compromettere la tua capacità di prendersi cura dei pazienti.
- **Fai delle pause.** Concediti una pausa dalle cure ai pazienti. Quando possibile, concediti di fare qualcosa di estraneo al lavoro che trovi confortante, divertente o rilassante. Fare "due passi", ascoltare musica, leggere un libro o parlare con un amico può aiutare. Alcune persone possono sentirsi in colpa se non stanno lavorando a tempo pieno o si stanno prendendo del tempo quando tanti altri soffrono. Riconoscere che il riposo adeguato porta alla cura appropriata dei pazienti dopo la pausa.
- **Connettiti con i colleghi, parla con loro per un supporto reciproco.** Focolai infettivi possono isolare le persone nella paura e nell'ansia. Racconta la tua storia e ascolta gli altri.
- **Comunicare in modo costruttivo.** Comunicare con i colleghi in modo chiaro e ottimista. Individuare errori o carenze in modo costruttivo e correggerli. Si completano a vicenda: i complimenti possono essere potenti motivatori e moderatori dello stress. Condividi le tue frustrazioni e le tue soluzioni. La risoluzione dei problemi è un'abilità professionale che spesso fornisce

una sensazione di realizzazione anche per piccoli problemi.

- **Contatta la tua famiglia.** Contatta i tuoi cari, se possibile. Sono un'ancora di supporto al di fuori del sistema sanitario. Condividere e rimanere in contatto può aiutarli a supportarti meglio.
- **Rispetto delle differenze.** Alcune persone hanno bisogno di parlare mentre altre devono stare sole. Riconosci e rispetta queste differenze in te stesso, nei tuoi pazienti e nei tuoi colleghi.
- **Rimani aggiornato.** Affidati a fonti di informazioni attendibili. Partecipa alle riunioni per rimanere informato sulla situazione, i piani e gli eventi.
- **Limitare l'esposizione ai mass-media.** Messaggi preoccupanti aumenteranno lo stress e potrebbero ridurre l'efficacia e il benessere generale.
- **Self check-in.** Monitora te stesso nel tempo per qualsiasi sintomo di depressione o disturbo da stress: tristezza prolungata, difficoltà a dormire, ricordi invadenti, disperazione. Parla con un collega, un supervisore o cerca un aiuto professionale se necessario.
- **La tua professione.** Ricorda a te stesso che, nonostante gli ostacoli o le frustrazioni, stai soddisfacendo una nobile vocazione, prendendoti cura delle persone più bisognose. Riconosci i tuoi colleghi, formalmente o informalmente, per il loro servizio.

Indicazioni per Covid-19 e diabete

Il diabete non sembra esporre ad un rischio aumentato di contrarre l'infezione da SARS-CoV-2, ma è ragionevole presumere che i diabetici siano ad aumentato rischio di sviluppare complicanze in seguito a Covid-19. Su queste basi i diabetologi italiani hanno pubblicato una "Guida clinica alla prevenzione e gestione del Covid-19 nel diabete"

È noto che le persone con diabete sono a rischio di infezioni, in particolare influenza e polmonite, e che questo rischio può essere ridotto, sebbene non completamente eliminato, da un buon controllo glicemico. Il diabete è stato identificato come un importante fattore di rischio per mortalità in pazienti infetti da influenza pandemica A 2009 (H1N1), SARS e MER-SCoV. Tuttavia, allo stato attuale, i dati su Covid-19 nei diabetici sono limitati e in parte controversi. Se da un lato il diabete era presente nel 42.3% di 26 decessi causati di Covid-19 a Wuhan, in Cina, dall'altro nella stessa popolazione l'aumento della glicemia e il diabete non sono stati identificati come fattori di rischio per il decorso prognostico negativo e più grave della malattia. Nonostante un rapporto su 72.314 casi di Covid-19 pubblicato dal Centro cinese per il controllo e la prevenzione delle malattie ha mostrato un aumento della mortalità nelle persone con diabete (2,3% complessivamente; 7,3% nei pazienti con diabete), sembra che il numero di comorbilità, più che la singola comorbilità, rappresenti un fattore predittivo positivo di mortalità in pazienti con Covid-19. L'ultimo Report dell'ISS sui pazienti deceduti conferma peraltro la possibilità di una maggiore mortalità: il 33.9% dei 481 soggetti deceduti per i quali sono disponibili dati sulle patologie croniche pre-esistenti all'infezione era affetto da diabete mellito, mentre il 48.6% presentava 3 o più patologie croniche. Un recente studio effettuato da ricercatori dell'Università di Padova aiuta a fare chiarezza sul tema. I ricercatori hanno ef-

fettuato una metanalisi, combinando i dati riportati in 12 studi cinesi (su un totale di 2.108 pazienti) e alcuni dati preliminari italiani. I risultati evidenziano che, tra quanti avevano contratto l'infezione, la percentuale di soggetti affetti da diabete non era superiore rispetto alla prevalenza del diabete nella popolazione generale. In sintesi, le conoscenze attuali sulla prevalenza di Covid-19 e sul decorso della malattia nei diabetici si evolveranno man mano che verranno condotte analisi più dettagliate. Per ora, è ragionevole presumere che i diabetici siano ad aumentato rischio di sviluppare complicanze in seguito a infezione da SARS-CoV.

► Guida clinica

Su queste premesse il Comitato Scientifico AMD - Associazione Medici Diabetologi - ha prodotto la "Guida clinica alla prevenzione e gestione del Covid-19 nelle persone con diabete", con raccomandazioni rivolte ai medici e ai pazienti sia per la gestione domiciliare che ospedaliera.

Prevenzione

- È importante che i pazienti mantengano un buon controllo glicemico, in quanto potrebbe aiutare a ridurre il rischio di infezione e la gravità.
- È necessario un monitoraggio più frequente dei livelli di glucosio nel sangue.
- Un buon controllo glicemico può ridurre anche le possibilità di polmonite da sovrainfezione batterica.
- I pazienti con diabete e malattie CV e renali coesistenti necessitano di maggior attenzione perché a rischio più elevato.
- È importante consigliare un'adeguata

alimentazione ed esercizio fisico per migliorare le risposte immunitarie.

Infezione da Covid-19 e sintomi lievi

La maggior parte dei pazienti ha una malattia lieve e può essere gestita a domicilio.

- I pazienti con diabete di tipo 1 devono misurare frequentemente la glicemia e i chetoni in caso di febbre con iperglicemia. Frequenti cambiamenti nel dosaggio insulinico e nel bolo correttivo possono essere richiesti per mantenere la normoglicemia.
- Deve essere garantita un'adeguata idratazione e può essere somministrato un trattamento sintomatico con paracetamolo.
- Gli antidiabetici che possono causare ipoglicemia devono essere evitati; in presenza di sintomi respiratori ingiuriosi, è consigliata la sospensione di metformina.
- Potrebbe essere necessario ridurre il dosaggio degli antidiabetici orali e comunque è necessario un monitoraggio più frequente della glicemia per l'adeguamento della terapia.

BIBLIOGRAFIA

- <https://aemmedi.it>
- Fadini GP et al. Prevalence and impact of diabetes among people infected with SARS-CoV-2. Journal of Endocrinological Investigation, 28 marzo 2020, online



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il pdf "Guida clinica alla prevenzione e gestione del Covid-19 nelle persone con diabete"

Studi italiani sull'infezione da SARS-CoV-2

La letteratura scientifica sull'infezione da SARS-CoV-2 è in costante aggiornamento in tutto il mondo. Anche l'eccellenza italiana è in prima linea nella produzione di dati preziosi per la comprensione del Coronavirus

Patrizia Lattuada

Anosmia-ageusia e Covid-19

Uno studio del gruppo di Massimo Galli condotto presso il Dipartimento di Malattie Infettive dell'Ospedale Sacco di Milano riporta la prima descrizione dei disturbi di gusto e olfatto come manifestazioni cliniche frequenti (circa un paziente su tre) in soggetti con infezione da SARS-CoV-2, in particolare giovani e genere femminile. I ricercatori suggeriscono che la presenza di tali sintomi in un contesto pandemico e in soggetti con

sintomatologia lieve-moderata che non necessitano di ospedalizzazione possa essere un prezioso indicatore per identificare pazienti paucisintomatici meritevoli di ulteriori approfondimenti diagnostici.

Sono numerosi i medici che segnalano nel mondo un numero crescente di pazienti che presentano anosmia, suggerendo che questo potrebbe essere un sintomo di Covid-19 in soggetti che altrimenti non manifestano

alcun altro sintomo e godono di buona salute. Gli esperti sollecitano le autorità sanitarie a consigliare l'autoisolamento alle persone con un'improvvisa perdita dell'olfatto o del gusto, anche in assenza di altri sintomi. Circa il 40% dei casi di improvvisa perdita dell'olfatto negli adulti è causato da anosmia post-virale e si ritiene che i coronavirus già noti siano responsabili fino al 15% dei casi.

- Clinical Infectious Diseases 2020; ciaa330, <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa330>

Correlazioni tra Covid-19 e patologie pre-esistenti

Studiare le correlazioni tra infezione da SARS-CoV-2 e patologie già presenti nelle persone colpite. È l'obiettivo dello studio osservazionale coordinato dal Dipartimento di Epidemiologia e Prevenzione dell'IRCCS Neuro-med di Pozzilli (IS) con il contributo dell'Università di Pisa, dell'Università dell'Insubria di Varese-Como e di Mediterraneo Cardiocentro, Napoli. Alla ricerca hanno aderito 18 centri italiani e si prevede il coinvolgimento di strut-

ture internazionali. "Le informazioni oggi disponibili sui pazienti Covid-19 - afferma Licia Iacoviello, direttore del Dipartimento e professore di Igiene all'Università dell'Insubria - ci mostrano che alcune patologie, tra le quali soprattutto quelle CV e l'ipertensione, rappresentano condizioni frequentemente correlate alla gravità del quadro clinico. È urgente studiare queste interazioni, approfondendo in particolare il ruolo delle terapie farmacologiche che

i pazienti seguivano per tali malattie". Lo studio prevede la raccolta di dati sui pazienti ricoverati per Covid-19, compresi quelli sulle terapie adottate durante il ricovero per fronteggiare l'infezione. Obiettivo avere a disposizione dati più precisi per inquadrare dettagliatamente i pazienti Covid-19 in relazione alla loro storia clinica, e quindi identificare le scelte terapeutiche più adeguate.

- ACE inhibitors, angiotensin II Type-I receptor blockers and severity of COVID-19 (ACE-I/ARB -COVID 19). ClinicalTrials.gov ID: NCT04318418

Risposta immunitaria al SARS-CoV-2

Verificare la risposta immunitaria al SARS-CoV-2 nella popolazione veneta, per comprendere quali siano le difese immunitarie efficaci contro il virus e perché esse vengano meno in alcuni pazienti. È il progetto dello stu-

dio coordinato da Andrea Crisanti, direttore del Laboratorio di microbiologia e virologia dell'Università di Padova, e da Antonella Viola, direttrice scientifica dell'Istituto di Ricerca Pediatrica Città della Speranza, ordina-

rio di Patologia generale al Dipartimento di Scienze Biomediche.

Analizzando i campioni di sangue di pazienti asintomatici, paucisintomatici e sintomatici sia pediatrici sia adulti, attraverso le più innovative tecniche di analisi, il progetto scientifico permetterà di valutare parametri specifici per

giungere alla caratterizzazione della risposta immunitaria a SARS-CoV-2.

Uno dei grandi problemi legati all'infezione da SARS-CoV-2 è la mancanza di informazioni riguardo al tipo di immunità che il virus genera. È noto che alcune persone risultano asintomatiche o presentano sintomi lievi: ciò sta ad indicare che il sistema immunitario ha reagito ed eliminato il virus.

Tuttavia, in una percentuale che va dal 10% al 20%, l'infezione ha un decorso complesso o infausto. In questi casi, i

pazienti presentano un quadro di infiammazione generalizzata poiché il sistema immunitario non è stato in grado di attivare da subito una risposta corretta, consentendo al virus di replicarsi pur rimanendo localizzato a livello polmonare. Di qui l'esigenza di approfondire l'analisi dell'infiltrato polmonare e il microambiente citochinico. Diversamente da quanto accade per la popolazione adulta, nei bambini l'infezione ha un decorso piuttosto leggero, con sintomi quali febbre, flogosi delle

alte vie e più raramente delle basse vie respiratorie. Quali siano le cause della maggiore resistenza dei bambini non è chiaro, ma comprenderne i meccanismi potrebbe fornire un'importante chiave di lettura per lo sviluppo di terapie mirate. Le ipotesi più solide fanno riferimento ad un sistema immunitario più "giovane" rispetto a quello dell'adulto e alla presenza di una immunità parziale dovuta all'esposizione ad altri virus o ai vaccini.

• Fonte: <http://cittadellasperanza.org>

Inibitori del sistema renina-angiotensina e Covid-19

Verificare se l'assunzione cronica di inibitori del sistema RAS modifichi la prevalenza e la gravità delle manifestazioni cliniche dell'infezione da SARS-CoV-2. È l'obiettivo dello studio osservazionale della Società Italiana dell'Iperensione Arteriosa, al fine di ampliare l'avanzamento delle conoscenze nel campo della patologia ipertensiva al tempo del coronavirus. Chair dello studio Guido Iaccarino, Università degli

Studi di Napoli Federico II.

Esistono in letteratura dati contrastanti che consigliano l'utilizzo di ACE-inibitori e sartani nei pazienti affetti da Covid-19 o che al contrario ritengono questi farmaci controindicati in pazienti con Covid-19. La letteratura scientifica, infatti, si divide su due posizioni che trovano entrambe un razionale fisiopatologico ma non sono mai state confortate dall'evidenza dei fatti nella popolazione generale.

L'approccio più rapido per la valutazione di queste due opposte ipotesi è quello di analizzare le cartelle cliniche dei pazienti Covid-19 (arruolati presso i centri di malattia infettiva e di rianimazione o in isolamento domiciliare e sorveglianza sanitaria) per determinare se i pazienti in terapia con antagonisti del RAS abbiano un esito della malattia diverso rispetto ai pazienti senza la stessa terapia.

• Renin-Angiotensin System Inhibitors and COVID-19 (SARS-RAS). ClinicalTrials.gov: NCT04331574

Covid-19 e coinvolgimento cardiaco atipico

Covid-19 è associata ad un elevato carico infiammatorio che può indurre infiammazione vascolare, miocardite e aritmie cardiache e i fattori e le condizioni di rischio cardiovascolare dovrebbero essere monitorati secondo le linee guida basate sull'evidenza. Il gruppo coordinato da Marco Metra, Direttore UO Cardiologia, ASST Spedali di Brescia - Università degli Studi di Brescia, ha pubblicato un caso emblematico sulla miocardite acuta come possibile complicazione associata a Covid-19. Il caso clinico descrive una donna di 53 anni precedentemente in buona salute ricoverata in cardiologia nel marzo 2020 per dolori toracici. Vista la presenza di una lieve alterazione della

TC e di tosse, i medici hanno provveduto a effettuare il tampone. La RM referta miopericardite acuta con disfunzione sistolica: l'arcano viene svelato dalla positività per SARS-Cov-2. La paziente non ha mostrato alcun coinvolgimento respiratorio durante il decorso clinico. La signora è stata trattata con supporto inotropico, antivirali, corticosteroidi, cloroquina, con stabilizzazione clinica progressiva.

Gli autori suggeriscono che il riconoscimento da parte della comunità scientifica di miocardite acuta come possibile complicanza associata a Covid-19 può essere utile per un rigoroso monitoraggio dei pazienti e anche per approfondire la conoscenza sulle com-

plicanze. La segnalazione sottolinea l'importanza di sorveglianza clinica e test di laboratorio, compresi i livelli di troponina, in soggetti con sintomi recenti di una malattia acuta per garantire un'identificazione adeguata e pronto isolamento dei pazienti a rischio di Covid-19. Sono necessarie ulteriori evidenze per determinare se i corticosteroidi sono utili nella riduzione della risposta infiammatoria del miocardio e non si può escludere che si sia verificata una risoluzione spontanea o se l'antivirale o la cloroquina hanno contribuito al miglioramento della paziente. La consapevolezza di presentazioni atipiche come quella segnalata è importante per sollecitare l'isolamento e interrompere la trasmissione interumana.

• JAMA Cardiol 2020; 27 marzo online

Medicina di genere sul fronte Covid-19

Lo studio delle differenze di sesso e genere in corso di infezione da SARS-CoV-2 potrebbe portare ad una maggiore appropriatezza nella cura e prevenzione nell'uomo e nella donna fin dalle fasi iniziali dell'inquadramento clinico

Centro Universitario di Studi sulla Medicina di Genere Università di Ferrara

Le malattie infettive epidemiche accompagnano da sempre l'umanità e già nel 2007 l'OMS aveva segnalato che la stratificazione per genere avrebbe aiutato a vincerle e ciò sembra proprio vero per quando riguarda Covid-19.

Prima della pandemia Covid-19, il gruppo della prof.ssa Klein della John Hopkins University aveva evidenziato che, in generale, le donne sono meno suscettibili a diverse infezioni virali sia per motivazioni di tipo biologico che sociale. D'altra parte è noto da molti anni che il sistema immunitario è differente nei due sessi. Diversi geni dell'infiammazione e delle reazioni immunocorrelate che controllano le risposte immunitarie innate e adattive si localizzano sul cromosoma X.

Quindi le donne, che ne hanno due, possono attivare un vantaggioso mosaicism. Inoltre, l'immunità e l'infiammazione risultano essere, almeno in parte, controllate dagli ormoni sessuali. Alcuni autori sostengono che la maggior resistenza alle infezioni virali delle donne e della maggiore incidenza e prevalenze di molte malattie autoimmuni nel sesso femminile, è proprio legata agli ormoni sessuali. Inoltre, le persone con diabete, ipertensione arteriosa, le persone immunodepresse e con malattie oncologiche presentano un quadro sintomatologico molto più grave che spesso sfocia in un esito fatale. Per entrare nella cellula il virus utilizza

l'enzima di conversione dell'angiotensina 2 (ACE2), codificato da un gene localizzato sul cromosoma X, con un meccanismo da approfondire. Fino ad oggi non sono state descritte differenze tra i due sessi per quanto riguarda l'attività dell'RNA polimerasi e di "proteine invisibili" usate dal virus per mascherare il proprio RNA. L'infezione da SARS-CoV-2 inoltre non sembra impattare negativamente su madre e feto e non ci sono evidenze di una trasmissione in utero, né durante l'allattamento. I parti dei pochi casi di madre positiva Covid-19 con polmonite, sono stati espletati quasi sempre con taglio cesareo non perché elettivo ma per le problematiche respiratorie in travaglio.

► Peculiarità di genere

Al momento, come è noto, non esiste una terapia specifica verso il Covid-19 anche se sui farmaci sono circolate numerose fake news. Ci chiediamo se c'è una differenza nell'aderire alle fake news su farmaci e integratori, tra uomini e donne visto che il loro consumo è maggiore nelle donne.

Viste le numerose differenze nel sistema immunitario, del sistema polmonare e nella risposta ai farmaci tra uomini e donne a nostro avviso appare opportuno considerarle nella progettazione e nello sviluppo dei farmaci anti SARS-CoV-2 come prevede anche la legge n. 3/2018.

Inoltre, è noto che i ruoli, le relazioni, le norme possono indurre comportamenti diversi tra uomini/ragazzi/anziani rispetto alle donne/ragazze/anziane. Ciò può modificare la vulnerabilità alla malattia e l'esposizione all'agente infettivo, alle vaccinazioni e alle loro reazioni avverse nonché ai trattamenti e ai fattori di rischio. Le donne fumano meno rispetto agli uomini ed il fumo potrebbe essere un fattore di rischio per la gravità e mortalità di infezioni da SARS-CoV-216. Nell'era della medicina personalizzata, e nonostante la legge in vigore sulla medicina di genere, non si riscontra ancora l'attenzione diffusa del sistema sanitario al fatto che lo studio delle differenze di sesso e genere anche in corso di infezione da SARS-CoV-2 potrebbe portare ad una maggiore appropriatezza nella pratica della cura e prevenzione dell'uomo e della donna fin dalle fasi iniziali dell'inquadramento clinico.

Articolo completo disponibile in *M.D.Digital*
Bibliografia disponibile a richiesta

Testo di: Tiziana Bellini, Direttrice* - Barbara Bramanti, Membro* - Gloria Bonaccorsi, Membro* - Alessandra Carè, Direttrice del Centro di Riferimento Nazionale sulla Medicina di Genere ISS, Membro* - Rosa Maria Gaudio, Vice-Direttrice* - Donato Gemmati, Membro* - Lamberto Manzoli, Membro* Maria Roberta Piva, Membro* - Michele Rubini, Membro* Fulvia Signani, Vice-Direttrice* - Katia Varani, Membro* - Flavia Franconi, Consulting Member*

*Centro Universitario di Studi sulla Medicina di Genere Università di Ferrara

Covid-19: gestione domiciliare della demenza

Suggerimenti e indicazioni pratiche su come gestire il malato di Alzheimer o di altre forme di demenza in corso di lockdown per Covid-19

Simonetta Piano, Geriatra - Piero Secreto, Responsabile SC Geriatria, Alzheimer ed altre Demenze
Presidio Ospedaliero Riabilitativo B.V. Consolata - Fatebenefratelli, San Maurizio Canavese (TO)

Nelle famiglie, in questo momento di estremo disagio, i sentimenti di frustrazione, inadeguatezza, sconforto, abbandono rischiano di prendere il sopravvento e il venir meno degli aiuti riservati ai caregiver (per es. i Centri Diurni) può alla lunga prosciugare le loro risorse, in quanto il paziente dipende totalmente dal familiare, con ricadute importanti sulla salute dei malati stessi. La situazione si fa ancora più pesante quando sono le stesse persone con demenza, o qualcuno dei loro familiari, a risultare positivi al Covid-19, e non sono in grado di mettere in atto le misure di distanziamento o di utilizzo dei dispositivi atti a prevenire il contagio.

► Routine giornaliera

In queste situazioni come prima cosa è sempre importante cercare di mantenere il più possibile costante la routine giornaliera del malato e la strutturazione della sua giornata. È fondamentale assicurare il paziente in ogni suo gesto grande o piccolo che sia, coinvolgendolo in attività a lui piacevoli.

Anche gli orari abituali di risveglio, pasti e addormentamento, così come la toilette quotidiana e il vestirsi in abiti civili, anche se si trascorre la giornata in casa, dovrebbero essere mantenuti; aiutare i pazienti a rispettare le norme igieniche, in particolare per quello che concerne il lavaggio delle mani, da effettuare insieme più volte al giorno, eventualmente sostituendo acqua e sapone se mal tollerati con soluzioni alcoliche

in liquido o salviette monouso.

Si consiglia anche di evitare di informare nel dettaglio il paziente rispetto alla situazione di epidemia: probabilmente non sarebbe in grado di comprendere appieno ciò che sta accadendo e di tenerlo a mente, e di agire di conseguenza, anzi, si rischierebbe di spaventarlo o agitarlo ulteriormente. Prediligere il contatto fisico e la comunicazione non verbale, creando un ambiente il più possibile sereno, costruttivo e collaborativo. Nella propria casa il soggetto con demenza con grave compromissione cognitiva e vagabondaggio continuo è più al sicuro, mentre la persona con demenza con lievi o moderati deficit cognitivi vive meglio in un ambiente domestico adattato al suo consueto stile di vita.

► Distrarre il paziente

Appare di particolare importanza per le persone la possibilità di uscire quotidianamente con supervisione del caregiver, anche dietro certificazione medica, e che sia prevista per loro una deroga alle attuali regole sul divieto di uscire. Per chi soffre di demenza stare all'aperto è uno strumento di cura che permette, nei momenti di maggior difficoltà, di ridurre l'ansia e l'agitazione.

Poter fare delle brevi uscite giornaliere, secondo percorsi già conosciuti e utilizzati routinariamente dal paziente e accompagnati dal familiare, sempre rispettando tutte le previste prescrizioni, rappresenta sicuramente uno "sfogo" terapeutico sia per il malato sia per il familiare, limitando oltretutto l'improprio ricorso

agli psicofarmaci. Appare assurdo che questa soluzione, in questo momento, sia consentita ai proprietari di cani e non a familiari di persone con gravi disabilità.

► Controllo della terapia

Occorre che i caregiver si attengano scrupolosamente alla terapia farmacologica prescritta in cronico, senza interromperla o apportare modifiche alla posologia o ancor peggio introdurre nuovi farmaci, in particolare sedativi o antipsicotici, prima di aver consultato il medico curante. È utile ricordare che secondo la nota AIFA del 11 marzo 2020 la validità dei Piani Terapeutici web-based o cartacei sarà estesa automaticamente di 90 giorni a partire dal momento della scadenza. Nel caso il paziente presenti un peggioramento dei sintomi l'estensione di validità non potrà essere automatica, ma dovrà essere contattato lo specialista di riferimento. Occorre altresì che i caregiver monitorino con attenzione il loro familiare, al fine di intercettare precocemente la comparsa di febbre o sintomi, quali, oltre ai classici sintomi respiratori, modifiche comportamentali come ad esempio comparsa o peggioramento dell'agitazione, o al contrario eccessivo sopore, inappetenza, tratti del viso sofferenti.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Simonetta Piano

Disinfettanti e superfici contaminate

Sulla base delle evidenze più aggiornate la Società Italiana di Farmacologia ha prodotto il dettagliato documento “Scheda informativa sui disinfettanti efficaci per trattare superfici contaminate da SARS-CoV-2”

Sulla base delle evidenze più aggiornate sulla trasmissione di SARS-CoV-2 è nota l'importanza dell'utilizzo di dispositivi di protezione individuale, come mascherine, guanti e occhiali per ridurre la diffusione del virus tra individui, nonché la pulizia delle mani e la disinfezione degli oggetti/ambienti.

Diverse informazioni sono state riportate sui mass media e in rete, ma spesso risultate prive di fondamenti scientifici.

Sul tema la Società Italiana di Farmacologia (SIF) ha prodotto l'interessante e dettagliato documento “Scheda informativa sui disinfettanti efficaci per trattare superfici contaminate da SARS-CoV-2”, aprile 2020, curato da Valerio Ciccone, Shirley Genah, Marina Ziche, dell'Unità di crisi della SIF su SARS-CoV-2 (COVID-19) e Università di Siena. Pubblichiamo di seguito alcuni stralci della nota informativa.

► Inattivazione del virus

Ma quali sono gli agenti chimici che possono inattivare il virus? Il documento riporta che “da studi di inattivazione virale da parte di agenti chimici è emerso che il SARS-CoV-2 può essere inattivato efficacemente da soluzioni di alcol etilico 62-71%, perossido di idrogeno 0,5% e ipoclorito di sodio (varichina) 0,1% per almeno 1 minuto. Altri agenti come benzalconio cloruro 0,05-0,2% e lo 0,02% di clorexidina risultano essere meno efficaci.

Per la detersione delle mani sono at-

tivi anche i comuni saponi. Alla base della loro azione vi è la loro natura anfipatica (costituita cioè da una porzione idrofila e una lipofila all'interno della stessa molecola). In particolare, la porzione lipofila scioglie la componente esterna lipidica del virus (dell'*envelope*), mentre la parte idrofila interagisce con l'acqua corrente e quindi lava via la particella virale. La detersione delle mani con un comune sapone deve essere eseguita per almeno un minuto. Solo in assenza di acqua si può ricorrere ai cosiddetti igienizzanti per le mani (gel idroalcolici) contenenti tra il 60% e il 70% di alcol.

Per quanto riguarda la sterilizzazione e pulizia ambientale in strutture sanitarie che ospitano pazienti con sospetta, o confermata infezione da Covid-19, l'OMS raccomanda l'utilizzo di:

- alcol etilico al 70% per disinfettare apparecchiature riutilizzabili (ad es. termometri);
- ipoclorito di sodio allo 0,5% (equivalente a 5000 ppm) per la disinfezione di superfici sia casalinghe che in strutture sanitarie”.

► Uso improprio dei disinfettanti

Alcuni centri ospedalieri hanno già lanciato l'allarme per il crescente numero di intossicazioni da disinfettanti. Quali sono le conseguenze di un uso improprio dei disinfettanti? Gli esperti della SIF spiegano che “gli agenti disinfettanti devono essere comunque utilizzati con attenzione

ed oculatazza, per evitare che le pratiche di igiene non alterino il film idrolipidico della cute ed affinché il suo ruolo di barriera non venga compromesso. In questi casi, infatti, il lavaggio troppo frequente, oppure con eccesso di detergente, può causare delle lacerazioni agli strati della cute con minore capacità da parte di esse, di trattenere l'acqua. Il risultato è una secchezza della cute associata a dermatite, e nei casi più gravi, ad infezione da parte di agenti opportunisti (funghi, batteri) che entrano attraverso le fessurazioni provocate dall'estrema disidratazione.

A tal proposito dal Centro Antiveneni dell'Ospedale Niguarda è stato lanciato un alert nel quale si afferma che dall'inizio dell'emergenza Covid-19, le richieste di consulenza per intossicazione domestica da disinfettanti è aumentata circa del 65%, e fino al 135% nella fascia di età <5 anni. Le cause risultano essere un uso eccessivo di disinfettanti per sterilizzare mascherine protettive, con conseguente assorbimento inalatorio di agente chimico, così come preparazioni in casa di miscele di disinfettanti chimicamente incompatibili ed infine, la poca attenzione allo stoccaggio degli stessi con uso improprio da parte dei bambini.



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

Lista farmaci essenziali, Oms lancia la versione elettronica

L'OMS ha fornito una versione digitale facilmente utilizzabile dell'elenco dei medicinali essenziali. La scelta rivoluzionerà il modo in cui viene utilizzato questo strumento di riferimento in oltre 150 Paesi

La lista di farmaci essenziali dell'OMS (EML) è uno strumento cruciale utilizzato nel mondo in più di 150 Paesi. Recentemente è stata resa disponibile la versione digitale, rivoluzionando il modo di utilizzare il copioso documento (<https://list.essential-meds.org>). Invece di sfogliare le pagine di informazioni, dallo smartphone e dal computer i medici possono effettuare ricerche semplicemente facendo clic sul nome di un farmaco.

► Il capitolo "antibiotici"

Il Comitato per i farmaci essenziali ha dato particolare risalto al buon uso degli antibiotici. Sulla base delle evidenze più accreditate ha aggiornato la lista degli antimicrobici da usare per le infezioni più comuni e per quelle più gravi, assicurando i migliori risultati e la riduzione del rischio di sviluppare resistenza. I farmaci vengono selezionati in base al loro profilo di efficacia, sicurezza e ad un adeguato rapporto di costo-beneficio. Da notare che tra i fluorochinoloni, categoria di cui molto si è parlato nell'ultimo anno in merito alla sicurezza e al rapporto rischio beneficio, l'unica molecola ad essere presente nella lista è la ciprofloxacina.

Gli esperti hanno aggiornato le categorie "AWaRE" dividendo gli antimicrobici in tre gruppi: Access, Watch e Reserve, che indicano quali antibiotici da utilizzare per ottenere i migliori risultati terapeutici e al contempo ridurre il rischio di resistenza antimicrobica. Questi cambiamenti supportano il piano

d'azione globale Oms sulla resistenza agli antimicrobici, che mira a combattere lo sviluppo di resistenza ai farmaci, garantendo il miglior uso di antibiotici (tabella 1).

• Gruppo access

L'Oms raccomanda che gli antibiotici del **gruppo access** siano sempre disponibili come trattamento per infezioni comuni.

• Gruppo watch

Il **gruppo watch** comprende 11 antibiotici inclusi singolarmente come opzioni di trattamento empirico di prima o seconda scelta per determinate sindromi.

• Gruppo reserve

Il terzo gruppo "**reserve**", raggruppa antibiotici come colistina e alcune cefalosporine che dovrebbero essere considerate opzioni di ultima istanza e utilizzati solo nei casi più gravi, quando tutte le altre alternative non hanno avuto successo, come ad esempio per le infezioni pericolose multiresistenti ai batteri.

► Farmaci essenziali

Le medicine essenziali sono quelle che soddisfano le esigenze di assistenza sanitaria prioritarie di una popo-

lazione. Sono i farmaci che devono essere disponibili in ogni momento in un sistema sanitario funzionante, in forme di dosaggio appropriate, di qualità garantita, e ai prezzi che gli individui e la comunità intera possono permettersi. I farmaci sicuri ed efficaci sono una parte essenziale di qualsiasi sistema sanitario. Fare in modo che tutte le persone possano accedere alle medicine di cui hanno bisogno, quando e dove ne hanno necessità, è di vitale importanza per il progresso dei Paesi verso una copertura sanitaria universale.

TABELLA 1

Lista antibiotici - Classificazione AWaRe

Gruppo "Access"	Gruppo "Watch"
Amikacina	Azitromicina
Amoxicillina	Cefixima
Amoxicillina + acido clavulanico	Cefotaxime
Ampicillina	Ceftazidime
Benzatina benzilpenicillina	Ceftriaxone
Benzilpenicillina	Cefuroxima
Cefalexina	Ciprofloxacina
Cefazolina	Claritromicina
Clindamicina	Meropenem
Cloramfenicolo	Piperacillina + tazobactam
Cloxacillina	Vancomicina
Doxiciclina	Gruppo Reserve
Fenossimetilpenicillina	Ceftazidima + avibactam
Gentamicina	Colistina
Metronidazolo	Fosfomina
Nitrofurantoina	Linezolid
Procaina benzilpenicillina	Meropenem + vaborbactam
Spectinomicina	Plazomicin
Sulfametoxazolo + trimetoprim	Polymyxin B

L'ipokaliemia nell'anziano merita grande attenzione

Nell'anziano l'ipokaliemia è più frequente che nel giovane. Associata a conseguenze anche importanti, rappresenta un fattore di cui tenere adeguato conto nella pratica clinica

Rispetto a quanto si riscontra nei giovani, nell'anziano il potassio corporeo totale è ridotto (approssimativamente 3000 vs 2500 mmoli) e anche quando i livelli di potassio plasmatico sono nel range di normalità, vi è comunque una maggiore suscettibilità all'ipokaliemia¹. Questo può essere attribuibile alla riduzione con l'età della massa muscolare (il 75% del potassio corporeo si trova a livello della muscolatura scheletrica), alle più frequenti condizioni di comorbidità e all'assunzione di farmaci che possono condizionare la potassiemia¹.

► Quali i fattori di rischio?

La problematica è stata approfondita in un esteso studio, che ha coinvolto 36.361 soggetti con più di 65 anni ricoverati in ospedale nell'arco di 1 anno¹. Tra i fattori di rischio indipendenti individuati vi sono stati: il genere femminile, la presenza di almeno 2 comorbidità, l'uso di farmaci, soprattutto diuretici dell'ansa, idroclorotiazide, beta-agonisti e un'inadeguata assunzione orale di potassio.

Per quanto riguarda il maggiore rischio associato al genere femminile, i motivi non sono chiari, ma potrebbero riguardare la minore massa muscolare delle donne rispetto agli uomini, come anche la tipologia di farmaci usati e il fatto che le donne sembrano più soggette a eventi avversi da farmaci.

Proprio i farmaci, per l'appunto, sem-

brano svolgere un ruolo cruciale, in questo senso. L'utilizzo di diuretici, soprattutto tiazidici, risulta la più comune ragione di ipokaliemia nell'anziano: nello studio sopra citato più della metà dei pazienti utilizzava idroclorotiazide, e circa un quinto diuretici dell'ansa.

► Attenzione alle comorbidità

Per quanto riguarda il ruolo delle comorbidità nell'insorgenza di ipokaliemia, i motivi potrebbero riguardare il minore appetito, una riduzione dell'assunzione orale di potassio e un alterato assorbimento del potassio a livello gastrointestinale¹.

Va inoltre ricordato che l'ipokaliemia è un disturbo elettrolitico associato all'ipertensione arteriosa, sia perché alcuni pazienti presentano rialzo pressorio secondario causato da iperaldosteronismo primitivo (perdita di potassio dovuto a eccessivo effetto mineralcorticoide), sia perché l'ipokaliemia sembra avere un effetto diretto sull'aumento pressorio¹.

In soggetti con almeno 65 anni di età, la riduzione del potassio è risultata associata anche ad una aumentata insulino-resistenza².

► In conclusione

L'ipokaliemia nell'anziano è un aspetto da non trascurare, considerato che può essere associata a conseguenze anche importanti come crampi, malessere, mialgia, debolezza, acidosi metabolica, paralisi

ascendente, rabdomiolisi (in casi gravi), costipazione o paralisi intestinale (in casi gravi), insufficienza respiratoria (in casi gravi), alterazioni elettrocardiografiche, aritmie (anche fatali), scompenso cardiaco³ e sembra in grado di condizionare la prognosi in caso di ricovero, essendo associata a una maggiore durata dell'ospedalizzazione, a maggiori costi e anche a una aumentata mortalità¹.

Essendo oltre tutto un disturbo elettrolitico più frequente che nel giovane, va tenuto in adeguato conto nella pratica clinica. Soprattutto i pazienti con fattori di rischio dovrebbero essere monitorati con particolare attenzione¹. Le strategie di gestione riguardano innanzitutto la rimozione dei fattori causali, quando possibile. La scelta dell'eventuale supplementazione di potassio, preferibilmente per via orale, se clinicamente fattibile³, può essere fatta al meglio tenendo conto anche della maneggevolezza nell'assunzione. Un valido esempio è rappresentato da Potassion[®], che consente una somministrazione adatta anche all'anziano, essendo formulato come granulato effervescente in bustine monodose, da assumersi sciolto in acqua o senza acqua, deglutito poco per volta⁴.

BIBLIOGRAFIA

1. Bardak S, et al. *Int Urol Nephrol* 2017; 49: 483-9
2. Chatterjee R, et al. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2015; 70: 255-61
3. Kardalas E, et al. *Endocr Connect* 2018; 7: R135-R146
4. Potassion[®], riassunto delle caratteristiche del prodotto



NUTRIENTI e SUPPLEMENTI

INFORMAZIONE QUALIFICATA DA FONTI QUALIFICATE



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



VITAMINA D E CORONAVIRUS: FACCIAMO CHIAREZZA



TRATTAMENTO DI SUPPORTO ALLE DIFESE IMMUNI



COVID-19: VITAMINA C EV IN TERAPIA INTENSIVA



COVID-19, IL RUOLO EQUILIBRANTE DEI PROBIOTICI



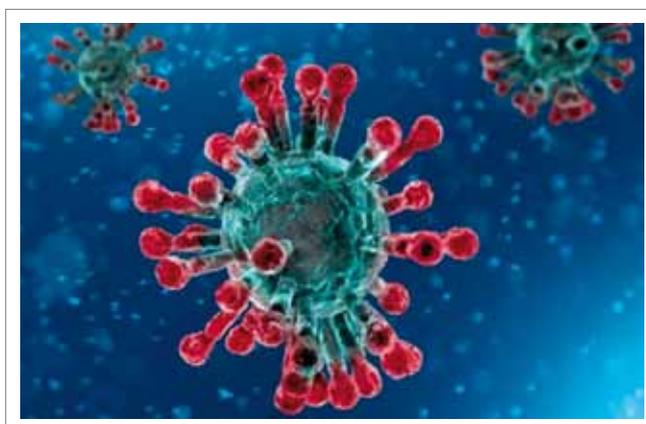
MALNUTRIZIONE PEGGIORA LA PROGNOSI DI COVID-19

Vitamina D e coronavirus: facciamo chiarezza

Il punto su un argomento oggetto di ricerca scientifica

■ Nelle scorse settimane sono state riportate notizie dalle quali sembrava trapelare un ruolo della Vitamina D nella prevenzione del contagio da SARS-coV 2. **Alessandro Colletti**, segretario Sifnut (Società italiana formulatori in nutraceutica) e responsabile macroregionale Sinut (Società italiana di nutraceutica) fa il punto sull'argomento.

“È bene ribadire che al momento non vi sono evidenze solide su questo fronte” dice Colletti. “Detto questo sappiamo che la vitamina D è un ormone importante non solo per l'omeostasi del calcio, ma anche per quella immunitaria e infiammatoria, così come è noto che i soggetti con ipovitaminosi D hanno un maggior rischio di



sviluppare malattie cardiovascolari, autoimmuni, deficit neurologici piuttosto che di andare incontro a infortuni muscolari. Oggi, però, non ci sono evidenze per una raccomandazione all'uso su pazienti Covid-19. Quello che si è osservato è che in soggetti con artrite reumatoide la vitamina D tende a spegnere l'infiammazione agendo sulle citochine proinfiammatorie insieme alla terapia biologica. Perciò alcuni ricercatori ne hanno ipotizzato un ruolo su pazienti Covid-2, molti dei quali in ipovitaminosi D. Quindi, a oggi, non ci sono studi di intervento che ne suggeriscono un impiego ma sicuramente dei razionali giustificano il via a trial clinici. In generale, comunque, nei soggetti sani e soprattutto in quelli con ipovitaminosi D l'integrazione può e deve

essere consigliata. Le formule più indicate sono quelle spray, nanoemulsionate, una delle strategie farmaceutiche utilizzate per aumentare la biodisponibilità. Vi sono poi formulazioni orali in capsule e bustine, sempre sotto forma di nanoemulsione. In questo caso l'assorbimento è prettamente intestinale, soprattutto nella prima porzione del duodeno fino all'ileo. Si tratta di un trasporto saturabile, per cui piccoli dosaggi quotidiani di vitamina D, pari a 25-50 microgrammi sono da preferirsi rispetto a dosaggi più elevati".



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

Trattamento di supporto alle difese immuni

Una missiva della Sifnut fa il punto sul trattamento di supporto alle difese immuni

■ "Noi tutti stiamo vivendo in questi giorni, situazioni che fino a poche settimane fa avremmo immaginato di vedere solo in film. L'ipotesi di una epidemia che coinvolgesse tutto il mondo, di una pandemia imminente, non ci sfiorava minimamente. Eppure eccoci qui, a combattere ognuno come può (e come deve) l'avanzare di Covid-19". Queste le parole con cui esordisce una missiva che la Sifnut (Società italiana formulatori in nutraceutica) ha inviato ai propri soci, riepilogando alcune informazioni chiave legate all'infezione, dalle modalità di contagio, allo sviluppo clinico della malattia, alle terapie farmacologiche. Il documento è stato redatto da **Andrea Fratter**, presidente Sifnut.

Un intero paragrafo è dedicato al trattamento di supporto

alle difese immuni. "Nei pazienti a più elevato rischio di contagio e/o con stato di immunocompetenza compromesso o alterati da terapia immunosoppressiva è consigliabile l'assunzione, da valutare prima col medico o il farmacista, di specifici integratori in grado di favorire lo stato di vigilanza immunitaria" si legge. "Segnatamente, le sostanze di cui c'è più evidenza di efficacia sono:

- ▶ T-Resveratrolo (50-100 mg/die sotto forma di spray o polveri sublinguali per favorire la biodisponibilità)
- ▶ Vitamine del gruppo B (secondo Vnr)
- ▶ Vitamina D3 (da 500 a 1.000 UI/die, meglio da forme sublinguali emulsionate o idro-dispersibili e assunte durante i pasti)
- ▶ Vitamina C (almeno 500 mg/die fino a 1.000 mg/die)
- ▶ Zinco (da 15 a 22,5 mg/die sotto forma di sale lattato, pidolato, gluconato).



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



Bibliografia di riferimento

- Malaguarnera L. Nutrients 2019 Apr 26; 11(5). pii: E946.
- Falchetti R et al. Life Sci. 2001 Nov 21; 70(1): 1-96.
- Vanherwegen AS et al. Endocrinol metab clin North Am. 2017 Dec;46(4):1061-1094.
- Dalvi SM et al. Indian J Tuberc. 2019 Jul;66(3):337-345.
- Carr AC et al. Nutrients. 2017 Nov; 3: 9(11).
- Wintergerst ES et al. Ann Nutr Metab. 2006; 50(2): 85-94.

Covid-19: Vitamina C ev in terapia intensiva

Dati da interpretare con molta attenzione, ma sono in corso altri studi

■ La Shanghai Medical Association ha emanato le linee guida ufficiali per la gestione di Covid-19 malattia, con l'indicazione all'uso endovena di vitamina C ad alte dosi (100-200 mg/Kg al giorno).

Abbiamo chiesto un commento ad **Arrigo Cicero**, presidente Sinut (Società italiana di nutriceutica): "Si tratta di dati da interpretare con molta attenzione per due motivi. Il primo è che la metanalisi di Nutrients che fa riferimento all'accorciamento dei tempi di degenza e, in particolare, dei tempi di ventilazione, si basa su ricoveri in terapia intensiva senza far riferimento specifico al coronavirus. In secondo luogo, l'impiego clinico raccontato dagli americani mostra un vantaggio per la somministrazione intravenosa di quantità di vitamina C sei volte superiori a quelle che noi utilizziamo come integratore. Il problema reale, dunque, è che la cosa è fattibile solo usando, eventualmente, la vitamina C come farmaco, e non certo con un'autosomministrazione. Aggiungerei, poi, che l'equivalenza tra dose endovenosa e orale non è così semplice e diretta perché la biodisponibilità per via orale della vitamina C è molto variabile in funzione delle modalità di somministrazione e del tipo di formulazione. È pertanto molto probabile che i 3 gr di vitamina C per endovena possano coincidere con quantità per os anche 10 volte supe-

riori, al limite della dose utilizzabile come integratore senza rischi per la salute. In questo momento la situazione sanitaria è molto grave e, pertanto, qualsiasi intervento può essere sfruttato. C. Da qui a estrapolare il fatto che il soggetto che sia semplicemente Covid positivo o quello fragile, più a rischio, possano trarre vantaggio con supplementazione di Vitamina C è una strada tutta da investigare. Ciò non toglie che dosi adeguate di integratori di vitamina C siano in grado di esercitare una moderata attività di protezione da eventuali infezioni minori che possano competere o concoppiare con quella da Covid-19".



Covid-19, il ruolo equilibrante dei probiotici

Mantenere in equilibrio la flora intestinale e prevenire il rischio di sovrainfezioni batteriche

■ Nasce da una corrispondenza pubblicata sul Journal of Digestive Disease l'ipotesi di una correlazione tra l'infezione da Sars-coV-2 e alterazioni del microbiota intestinale e di un potenziale ruolo terapeutico dei probiotici.

È noto che la sintomatologia primaria causata dal Coronavirus è a carico delle vie respiratorie, con la comparsa di tosse, febbre e dispnea sino alla manifestazione più grave, ovvero la polmonite interstiziale bilaterale.

Esiste una percentuale variabile, ma non trascurabile, di pazienti Covid-19 che accusa sintomi gastrointestinali come diarrea (2% -10,1%), nausea e vomito (1% -3,6%). Ri-

cercatori del People's Hospital dell'Università di Wuhan hanno identificato la presenza di acidi nucleici del virus in campioni fecali e tamponi anali, mettendo in guardia gli operatori sanitari anche sulla trasmissione oro-fecale del virus e non soltanto su quella aerea.

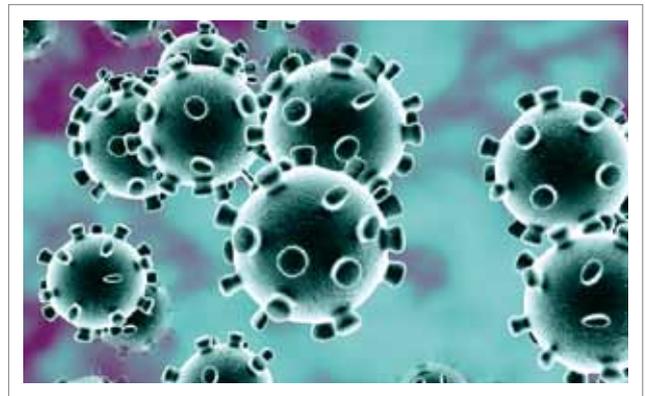
► Come mai, dunque, sintomi respiratori e gastrointestinali?

L'ipotesi più accreditata vede come protagonista il recettore cui le spike protein, ovvero gli "spuntoni" del virus, si attaccano per penetrare nelle cellule bersaglio. Si tratta di Ace2, proteina di membrana presente nelle

cellule epiteliali sia a livello polmonare, che intestinale. In quest'ultimo caso, soprattutto nelle cellule epiteliali dell'intestino tenue. Ace2, ha già dato prova di interazione con i batteri intestinali laddove alcuni studi hanno messo in correlazione alcune sue mutazioni con un'alterazione del microbiota e conseguente minor rilascio di peptidi antimicrobici.

"I rapporti tra vie respiratorie e tratto gastrointestinale non sono ancora del tutto compresi", dicono gli Autori. "Sappiamo che, in generale, i pazienti con infezioni respiratorie presentano generalmente anche disturbi gastrointestinali correlati a un decorso clinico più grave della malattia, fenomeno osservato anche in caso di Covid-19. Numerosi studi hanno dimostrato che agire anche sul microbiota intestinale può ridurre l'enterite e la polmonite associata a ventilazione meccanica. Attualmente, non vi sono prove cliniche che una modulazione del microbiota intestinale possa svolgere un'azione terapeutica nel trattamento di Covid-19, ma vi è un razionale che ci consente di ipotizzare un possibile ruolo, magari adiuvante".

Da inizio dello scorso febbraio, le linee-guida della China's National Health Commission and National Administration of Traditional Chinese Medicine, raccomandano l'utilizzo di probiotici nel trattamento di pazienti con grave infezione da Sars-coV-2 per mantenere l'equilibrio della flora intestinale e prevenire il rischio di sovrainfezioni batteriche (Journal of Digestive Disease 2020 <https://doi.org/10.1111/1751-2980.12851>).



Malnutrizione e prognosi di Covid-19

La nutrizione artificiale deve essere considerata trattamento salva-vita

■ La Società italiana di nutrizione clinica (Sinuc) ha diramato una nota in cui precisa come anche i pazienti ricoverati per l'infezione da Sars-coV-2 beneficerebbero di un precoce e adeguato approccio nutrizionale.

"La popolazione anziana è più coinvolta e più gravemente colpita anche perché spesso malnutrita" precisa **Maurizio Muscaritoli**, presidente Sinuc. "La maggior parte degli anziani, infatti, non ha uno stato di nutrizione ottimale, ha un'alimentazione incompleta o insufficiente e ha perdita di massa grassa e di muscolo. Questo aumenta fortemente il rischio di ammalarsi di patologie infettive. A causa di una meno efficiente risposta immunitaria".

La malnutrizione può ridurre la resistenza e l'outcome di pazienti anziani e fragili a una malattia virale, come quella determinata dal Coronavirus, che nella popolazione adulta e sana determina, nella maggioranza dei casi, una malattia più controllabile. Le persone che hanno uno stato nutrizionale migliore, secondo Sinuc, infatti sono quelle più protette dalle infezioni in genere. Così conclude Muscaritoli: "La nutrizione artificiale deve essere considerata trattamento salva-vita e uno strumento non solo di buona pratica clinica ma che può rappresentare un supporto valido in termini di costi-benefici anche, e a maggior ragione, in una situazione di grave emergenza sanitaria" - afferma Muscaritoli.

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