

# M.D.

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

Anno XXVIII, numero 3 - 2021

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

## IN QUESTO NUMERO

### RIFLETTORI 6

**I dati, petrolio dell'era digitale  
mal utilizzati nella pandemia**

### TRIBUNA 12

**Missione: distruggete  
la Medicina di Famiglia**

### RASSEGNA 30

**Terapia del dolore  
in Medicina Generale**

### SAPER FARE 36

**Misurazione della pressione  
arteriosa: nuove  
linee guida europee**



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



## Giuseppe Recchia

*Co-Founder and CEO daVinci Digital Therapeutics  
Vice President Fondazione Smith Kline*

**Medico di Famiglia: protagonista  
dello sviluppo della Medicina Digitale**

## M.D. Medicinae Doctor

Anno XXVIII numero 3 aprile 2021

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

## Direttore Responsabile

Dario Passoni

## Comitato di Consulenza di M.D.

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

## Redazione

Patrizia Lattuada  
Anna Sgritto  
Livia Tonti  
Elisabetta Torretta

## Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

## Pubblicità

Teresa Premoli  
Sara Simone

## Passoni Editore s.r.l.

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

## Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

# In questo numero

## ATTUALITÀ

- **Prima pagina**  
Medico di Famiglia: protagonista dello sviluppo della Medicina Digitale ..... 5
- **Riflettori**  
I dati, petrolio dell'era digitale mal utilizzati nella pandemia ..... 6
- **Campagna vaccinale**  
Un chiarimento sui vaccini Covid somministrati negli studi dei Mmg ..... 9
- **Professione**  
Pazienti diabetici e le armi spuntate della Medicina Generale ..... 10
- **Tribuna**  
Missione: distruggete la Medicina di Famiglia ..... 12
- **Confronti**  
SARS-CoV-2: bisogna parlare anche di cure, non solo di vaccini ..... 14
- **Riflessioni**  
Considerazioni attuali di un Mmg sul Covid tra passato, presente e futuro ..... 16
- **Appunti**  
Caro cittadino, io medico, ti scrivo ..... 17
- **Telemedicina**  
Digitalizzazione e umanizzazione in home care nella gestione delle cronicità ..... 18
- **Focus on**  
Un bilancio della presa in carico della cronicità e fragilità in Lombardia ..... 20

## AGGIORNAMENTI

- **Emergenza-urgenza**  
Nuove linee guida per la rianimazione cardiopolmonare ..... 22
- **Malattie respiratorie**  
Prevenzione dell'influenza, al via la campagna ad inizio ottobre ..... 23
- **Medicina complementare**  
Risorse dell'agopuntura nell'anziano ..... 24
- **Medicina generale**  
Riduzione dell'impatto di Covid-19 con la medicina proattiva ..... 25
- **Oncologia**  
Evitare chemioterapie inutili nel tumore del seno ..... 26
- **Virologia**  
Classificazione del rischio di spillover dei virus ..... 27

## CLINICA E TERAPIA

- **Diario ambulatoriale**  
La settimana di un medico di famiglia ..... 28
- **Rassegna**  
Terapia del dolore in Medicina Generale ..... 30
- **Clinica**  
Demenza a corpi di Lewy. Una storia di sincopi e nuvole ..... 33
- **Saper fare**  
Misurazione della pressione arteriosa nello studio medico,  
a casa e in condizioni dinamiche nelle 24 ore ..... 36
- **Farmaci**  
Amitriptilina nella pratica medica ..... 39
- **Letture**  
Essentials di medicina interna ..... 42
- **Rassegna da Nutrienti e Supplementi** ..... 43

# Medico di Famiglia: protagonista dello sviluppo della Medicina Digitale

**T**ra le sfide che la Medicina Generale deve affrontare c'è sicuramente quella relativa alla Medicina Digitale e alle Terapie Digitali (*Digital Therapeutics*, in sigla *Dtx*). Queste hanno un ruolo primario tra le nuove opzioni terapeutiche messe in campo dalla Medicina Digitale. Già realtà in moltissimi Paesi, le *Dtx* nel prossimo anno potrebbero essere disponibili anche in Italia rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale. *M.D. Medicinae Doctor* ha affrontato l'argomento con **Giuseppe Recchia**, co-fondatore e CEO di *daVinci Digital Therapeutics* e vicepresidente della Fondazione Smith Kline.

"La Medicina Digitale - spiega Recchia - è una evoluzione del modo attuale con cui viene gestita la salute delle persone, in particolare la loro malattia e comprende tutte le tecnologie digitali per la salute rivolte alla gestione della malattia. È un sottoinsieme di una grande area vasta che si chiama in inglese *Digital Health* ed è un sottoinsieme di tecnologie che fanno due cose, misurano biomarcatori digitali, esiti di salute digitale ed erogano degli interventi".

"Tra Salute Digitale e Medicina Digitale c'è una differenza fondamentale - rimarca Recchia -. La Salute Digitale interessa le persone sane e comprende tecnologie, piattaforme e sistemi che coinvolgono i consumatori negli stili di vita, nel benessere ed in finalità correlate alla salute, è il punto d'incontro tra tecnologie digitali e innovazione con il settore della salute personale, del benessere. La Medicina Digitale comprende software e/o prodotti *hardware* basati su prove cliniche di efficacia, intesi a realizzare misure e/o interventi a favore della salute umana. Le Terapie Digitali erogano interventi terapeutici basati su prove cliniche di efficacia per prevenire, gestire o trattare un disturbo medico o una malattia". E quando parliamo di salute e malattia, si deve necessariamente prendere in considerazione il ruolo del medico di medicina generale (Mmg). Le indicazioni dei Mmg orientano i comportamenti e le decisioni dei cittadini e dei pazienti sulla propria salute e sulle modalità di esecuzione e di adesione alle terapie. Lo sviluppo della *Digital Medicine* (comprensiva dei suoi sotto-insiemi, quali *Digital Rehabilitation* e *Digital Therapeutics*) richiede la partecipazione di un Mmg informato e formato, in grado di contribuire allo sviluppo ed alla sperimentazione del nuovo modello di Medicina, di adottarlo e di risolvere eventuali dubbi e criticità dei pazienti.

"Il Mmg è il primo riferimento per i pazienti è quindi ovvio - sottolinea Recchia - che lo sviluppo della Medicina Digitale in Italia non possa non vedere la partecipazione del Mmg come principale attore sanitario. E in quanto tale deve essere informato, deve sapere di cosa si parla che cos'è la Salute Digitale e la Medicina Digitale, in che cosa si differenziano, deve quindi essere formato, deve conoscere le modalità con le quali raccogliere e valutare questi nuovi dati digitali che il paziente può produrre attraverso l'uso di vari dispositivi. Ma la sola formazione non basta, il Mmg deve andare anche oltre poiché non è più solo un medico che orienta e utilizza le tecnologie, deve essere un soggetto del loro sviluppo e sperimentazione, quindi della ricerca".

"A tale riguardo, ci sono diverse iniziative in corso - precisa Recchia - per esempio un progetto di Ricerca dell'Unitelma Sapienza Università di Roma che si intitola proprio Medicina Generale e *Digital Medicine* e che sarà coordinato proprio da due medici di famiglia: Franco Del Zotti (Mmg, Direttore della Rivista QQ - Verona) e Alberto Malva (Mmg in formazione, leader progetto "Intelligenza Artificiale per Ricerca e Salute" - Barletta). L'obiettivo è di fare il punto della situazione attuale su medico di famiglia e tecnologie digitali per la salute e poi proporre degli interventi formativi e di ricerca che prevedono momenti di formazione attraverso dei *webinar*, uno è stato fatto qualche mese fa, ma c'è ne saranno altri per fornire ai medici di famiglia gli strumenti necessari per entrare nel nuovo mondo della MG".

"Un mondo nuovo che tale è per noi in Italia - evidenzia Recchia - ma che in altri Paesi europei è già un modello relativamente consolidato. In sintesi è necessaria la formazione, una mentalità di ricerca perché le tecnologie di Medicina Digitale, a differenza dei farmaci, debbono vedere il medico di famiglia come soggetto che ricerca le tecnologie sulla base dell'esperienza, perché sa di cosa c'è bisogno e soprattutto che le sperimenta a livello clinico, una sperimentazione clinica randomizzata e controllata con finalità sostanzialmente simili a quelle dei farmaci, ma con logistica diversa, il paziente, nella gran parte dei casi, non è in ospedale, ma a casa sua, soprattutto se prendiamo in considerazione le patologie croniche. Quindi la modalità con cui la sperimentazione clinica verrà realizzata è una modalità che vede il paziente a casa sua e il mondo della ricerca che ruota intorno a lui in modo reale e non come *slogan*". (A.S.)



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

# I dati, petrolio dell'era digitale mal utilizzati nella pandemia

Il nostro sistema informativo, eccessivamente variegato, avrebbe dovuto raccogliere a livello territoriale e distribuire dati sanitari ai vari soggetti interessati, ma è stato colto del tutto impreparato rispetto sia al suo compito immediato, quello di rappresentare lo stato di diffusione dell'epidemia, sia a quello successivo di fornire ai decisori una valutazione dell'efficacia delle misure di contenimento ed infine di quelle di risposta, come la vaccinazione di massa

**Marco Visconti**

*Medico di Medicina Generale, referente ICT Co.S. Consorzio Sanità*

I dati: c'è chi li chiama il "petrolio dell'era digitale", "il nuovo oro nero". Un concetto che ha ben chiaro il mondo dell'imprenditoria, dal momento che i dati rappresentano, senza ombra di dubbio, il nuovo paradigma economico mondiale da cui partire per lo sviluppo di qualsiasi tipologia di impresa e dell'intero mercato.

La frase *"Data is the new oil"* è stata coniata nel 2006 da Clive Robert Humby, matematico e imprenditore britannico. Michael Palmer successivamente ha ampliato la citazione di Humby dicendo che i dati come il petrolio sono "preziosi, ma se non raffinati non possono essere realmente utilizzati, pertanto, i dati devono essere suddivisi e analizzati affinché abbiano valore.

Prima di ogni considerazione, occorre sottolineare che il dato è l'unità minima, l'atomo costitutivo di una qualsivoglia informazione, spesso combinati tra loro i dati sono memorizzati all'interno di "data warehouse".

Grazie a tecnologie, piattaforme e sistemi innovativi (per esempio, *cloud computing, Internet of things, big data & analytics*, ecc.) è

possibile infatti raccogliere e utilizzare i dati e migliorare così i prodotti o i servizi offerti o sfruttare nuove opportunità di mercato. I dati infine si possono anche utilizzare per orientare meglio i potenziali clienti, fornendo loro servizi o prodotti personalizzati. Non a caso molti operatori di mercato sono letteralmente "affamati" di dati.

Questa è la visione economica del "mercato" che ovviamente ha tutto l'interesse a sfruttarne appieno ogni potenzialità, anche se non è sempre ed ovunque così: la *data economy* italiana potrebbe generare almeno il 2,8% del Pil, ovvero 50 miliardi di euro, ma ne frutta appena il 10%.

Una lunga premessa per giungere alla domanda: "Ma se l'incentivo più efficace che possa esistere, ovvero il profitto a livello sia di impresa sia di Stati, risulta essere così poco efficace come potrebbe in Italia funzionare meglio l'incentivo dell'etica connaturata nel *welfare*?".

Nell'emergenza Covid-19 un limitato (in senso quantitativo) ed inefficiente (in senso qualitativo) utilizzo dei dati ha avuto lo stesso impatto negativo rispetto al contenimento

e alla risposta alla pandemia di quello legato alla scarsità iniziale dei Dispositivi di Protezione Individuale e della mancanza (prima) o scarsità (dopo) di vaccini.

## ► I vulnus italiani

Il nostro sistema informativo che, a livello del territorio, dovrebbe raccogliere e distribuire dati sanitari ai vari soggetti interessati è stato colto del tutto impreparato (tarato da sempre su finalità di rendicontazione economico-amministrativa) rispetto sia al suo compito immediato, quello di rappresentare (come una fotografia) lo stato di diffusione dell'epidemia, sia a quello successivo di fornire ai decisori una valutazione dell'efficacia delle misure di contenimento ed infine di quelle di risposta, come la vaccinazione di massa.

**1 La fotografia iniziale:** il riscontro più eclatante è stato quello del dato drammaticamente sottostimato dei decessi, nel cui totale (120.000 al 7 Aprile) sono stati conteggiati solo quelli avvenuti in ospedale e non quelli (altret-

tanti se non di più) a casa.

La raccolta dei dati è stata nei primi mesi vissuta con la finalità di popolare i bollettini di guerra diffusi dai telegiornali della sera, in cui per mesi il dato regionale era comunicato in forma assoluta di numero di tamponi, contagi, ricoveri, saturazione terapie intensive e decessi senza nessuna correlazione che ne rappresentasse l'entità reale e non astratta: riportando ad esempio i diversi valori in % rispetto alla popolazione.

In questo scenario tuttora mancano i dati relativi a:

- totale dei morti, e non solo i decessi registrati in ospedale;
- numero reale dei contagiati, e non solo di quelli "tamponati";
- numero totale di guariti (e non solo i "dimessi guariti");
- numero delle diagnosi presunte, effettuate a domicilio in base a sintomi patognomici (per indisponibilità di tamponi);
- esiti dei trattamenti (spesso empirici) domiciliari.

**2 La fase di contenimento:** attenuatasi la prima ondata, ha preso piede il sistema di chiusure territoriali decise in base ad un sistema farraginoso di 21 indicatori, indicatori spesso mancanti in quanto le regioni che avrebbero dovuto fornirli al ministero (peraltro subendone le relative conseguenze) non lo facevano in modo esaustivo.

► **Dati bene comune.** L'iniziativa "dati bene comune" che in novembre chiedeva al Governo dati aperti e "machine readable" sull'emergenza Covid-19, per monitorare realmente la situazione e poterla gestire al meglio e che ha raccolto 49.431 firmatari e più di 195 organizzazioni promotrici fino ad ora, non ha avuto grandi riscontri e si



continuano a rilevare ancora diverse criticità nella disponibilità dei dati.

Pochissimi studi sono stati prodotti, sempre nell'ambito della sanità del territorio, per valutare l'efficacia delle azioni intraprese, ma la loro divulgazione è avvenuta necessariamente *ex post*, fornendo indubbiamente un prezioso contributo di conoscenza, ma a battaglia (non guerra!) ormai finita.

Nè è un esempio l'interessante lavoro pubblicato il 10 marzo scorso sul *BMJ* a cura dell'ATS Milano: "Strategy to reduce adverse health outcomes in subjects highly vulnerable to Covid-19: results from a population-based study in Northern Italy" che mostra due risultati significativi.

"Il primo è l'identificazione di un modello di selezione della popolazione a rischio in base al luogo in cui si sono verificati eventi di mortalità, morbilità e ospedalizzazione. Il secondo è che il gruppo di pazienti seguiti dai medici di famiglia con un'interazione multidisciplinare ha mostrato una riduzione del 50% della mortalità e del rischio di infezione e ospedalizzazione".

► **I medici di famiglia, appunto.** Sono 44.000 i medici di famiglia e rappresentano una rete capillar-

mente articolata su tutto il territorio nazionale, dal momento che ogni cittadino ha un suo medico di fiducia. Una rete assistenziale in *primis*, ma anche un vero e proprio *network* dal momento che oltre il 96% utilizza un PC ed applicativi dedicati per la gestione di quella "scheda sanitaria individuale" la cui tenuta in formato elettronico è un obbligo inserito nel loro Accordo Collettivo nazionale.

I loro database contengono informazioni assolutamente mancanti nei grandi "silos verticali" istituzionali, separati e reciprocamente inaccessibili, contenenti per lo più dati di tipo amministrativo (anagrafica, esenzioni, prestazioni erogate,...) dove sono del tutto assenti quei parametri clinici (temperatura, ossimetria, PA e FC, ecc.) e quei sintomi soggettivi (astenia, dispnea, perdita di gusto/olfatto, dolori, ecc.) indispensabili per una valutazione dell'impatto dell'infezione virale.

Tutto ciò mostra come il sistema attuale di raccolta dati oltre che per l'attività di rendicontazione (costante ed ubiquitaria) sia tarato, quando va bene ed in singole realtà, anche per attività di ricerca, attività di certo lodevole ma che implica però tempi ben più ampi ri-

spetto a quelli che sarebbero necessari nelle fasi di contenimento e di mitigazione del rischio.

**3 La risposta.** Ultimo esempio (in senso cronologico) di come un valido sistema di raccolta dati possa avere un impatto positivo nell'affrontare la pandemia alla pari di altri sistemi strutturali (protezione civile, organizzazione a rete degli operatori sanitari nel territorio, ecc.) è quello del vaccino AstraZeneca dove più che le autopsie a stabilire un eventuale nesso causale tra il vaccino ed eventi tromboembolici sono serviti i sistemi informativi laddove però sono efficienti ed in grado di correlare tra loro dati provenienti da fonti diverse, come ad esempio in Gran Bretagna e in Israele.

#### ► Un problema strutturale

Oltre alla cronica carenza di investimenti nella ricerca, l'Italia soffre di un problema strutturale legato alla frammentazione dei suoi sistemi sanitari regionali ed a cascata dei sistemi di raccolta e di accesso ai dati.

L'eterogeneità tra i vari sistemi informativi del nostro Paese, dovuta in parte ai cambiamenti nel tempo dei bisogni di salute della popolazione e all'evoluzione della tecnologia informatica, unita alla confusa ed eterogenea applicazione della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali, comporta una serie di difficoltà nell'accessibilità e utilizzo dei dati per produrre in tempo reale, o quasi, le informazioni necessarie a contrastare l'emergenza.

Malgrado alcune sporadiche iniziative come quella sopra citata, il sistema nazionale centralizzato di "record linkage" nel servizio sanitario in Italia è infatti ancora assai lontano dall'essere in grado di fornire risposte rapide fondate su dati

strutturati, omogenei e condivisibili come quelli israeliani ed inglesi, in grado di stabilire in poco tempo se il numero di morti dopo una vaccinazione sia maggiore rispetto al numero di morti per la stessa causa in una popolazione di non vaccinati, potendo attingere senza ostacoli informativi e/o legislativi agli elenchi dei vaccinati, ai dati degli ospedali, alle cartelle cliniche dei medici di medicina generale, ai registri di mortalità e ad altro ancora.

Sono tre gli aspetti fondamentali che ci differenziano dal Regno Unito dove:

1. esistono archivi automatizzati di dati vaccinali e clinici;
2. questi archivi possono essere rapidamente collegati tra loro usando dati nominativi;
3. i problemi etici e autorizzativi sono stati rapidamente affrontati e risolti: in altre parole, si bada all'obiettivo e non solo alla forma.

#### ► Le nostre debolezze

E dire che il nostro Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) alla sua costituzione nel 1978 rappresentava la "discendenza" più diretta del National Health Service (NHS) inglese, almeno nei suoi principi fondamentali di universalismo, equità nell'accesso e *governance* statale, prima della nascita dei diversi sistemi sanitari regionali.

Un'altra conferma palese di questa debolezza strutturale dei nostri sistemi informativi è data dall'assoluta inefficacia dei tentativi di stratificare "secondo criteri univoci" e condivisi i soggetti da vaccinare, essendo stati di volta in volta proposti come prioritari gli anziani/i fragili/i malati cronici, oppure soggetti indispensabili/utili/produttivi oppure categorie professionali come avvocati/magistrati, dimenticandosi per esempio dei lavoratori dei super-

mercati alimentari come cassiere/i che sono sempre stati esposti al contatto con il pubblico per arrivare dopo 9 mesi di gestazione ad utilizzare prevalentemente il criterio dell'età anagrafica come unico dato certo ed inconfutabile derivabile da ogni database ad ogni livello di frammentazione territoriale.

#### ► I dati della medicina territoriale

Basti pensare invece come per l'individuazione precoce dei soggetti fragili e la stesura delle relative liste di priorità sarebbe stato possibile utilizzare i dati della medicina territoriale con cui si sarebbe potuto (nei vari mesi trascorsi prima della disponibilità dei vaccini) arrivare all'identificazione dei soggetti fragili a rischio aumentato di complicanze gravi non solo a causa dell'età ma per comorbidità e fragilità sanitaria e sociale utilizzando algoritmi di calcolo applicabili in prossimità agli assistiti dall'"intelligenza biologica" rappresentata dai loro Medici di Famiglia e non applicati ad entità numeriche da procedure di "intelligenza artificiale". Ma per poterlo fare si sarebbero dovuti applicare negli anni passati i concetti di lavoro in team dei Mmg con piena condivisibilità delle Schede Sanitarie Informatiche degli assistiti (EHR- *Electronic Health Record* le chiamano gli inglesi) per mezzo di formati standardizzati di archiviazione, di reti informatiche orizzontali (dei medici di medicina generale tra di loro) e verticali (tra medici di medicina generale e specialisti ambulatoriali, strutture di ricovero, entità distrettuali di prevenzione e salute pubblica) e non puntare, in ambito di condivisione di informazioni sanitarie, praticamente solo su un Fascicolo Sanitario Elettronico costruito su prestazioni erogate. Ma questo è un altro discorso.

# Un chiarimento sui vaccini Covid somministrati negli studi dei Mmg

*Il Ministero della Salute, ha recentemente chiarito che: “relativamente alla firma del consenso alla vaccinazione Covid-19, la presenza del secondo professionista sanitario non è indispensabile in caso di vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo medico, al domicilio della persona da vaccinare o in stato di criticità logistico-organizzative”. Dalla FNOMCeO piena condivisione sulla scelta del Ministero della Salute*

/// Piena condivisione dell'ultimo aggiornamento del modulo di consenso informato per il vaccino anti-Covid, elaborato dalla Direzione Generale Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute”. A esprimerla, il Presidente della FNOMCeO **Filippo Anelli**. Rispetto alla precedente versione - quella del 25 marzo - si chiarisce che, “relativamente alla firma del consenso alla vaccinazione Covid-19, la presenza del secondo professionista sanitario non è indispensabile in caso di vaccinazione in ambulatorio o altro contesto ove operi un singolo medico, al domicilio della persona vaccinanda o in stato di criticità logistico-organizzative”.

“Il Ministero ribadisce la centralità del ruolo del medico nella raccolta del consenso informato: sua è la firma in calce al modulo, perché sua è la responsabilità professionale di effettuare l'anamnesi del paziente, valutarne lo stato di salute e l'eleggibilità alla vaccinazione, considerate le patologie attuali e pregresse e le terapie in corso - spiega Anelli -. Nel nuovo modulo, la premessa fondamentale al consenso è infatti l'aver riferito al medico le patologie, i medicinali assunti, l'aver posto domande in merito al vaccino e al proprio stato di salute, ottenendo risposte esaurienti e comprensibili e, in generale, l'aver ricevuto e recepito una corretta e chiara informazione. Sarà poi il medico curante a dover essere messo al corrente degli eventuali effetti collaterali. E, per monitorare che non si verifichino reazioni avverse immediate, e soprat-

tutto per poter intervenire prontamente, si chiede infine al paziente di rimanere nella sala d'aspetto del medico per almeno 15 minuti dalla somministrazione del vaccino”.

## ► Una precisazione

“Tutte queste funzioni e competenze sono proprie del medico - continua Anelli -. In sua assenza, chi gestirà le reazioni avverse? Chi si prenderà la responsabilità di vaccinare anche in concomitanza di patologie o terapie, o, al contrario, di rifiutare la vaccinazione? Esiste, è vero, un modulo con le domande *standard* da porre al paziente: ma nessun modulo, nessun algoritmo potrà mai sostituire l'occhio del clinico. Nessuna barratura di casella, nessun testo prestampato, nessun *click* potrà standardizzare la salute delle persone. Né, tantomeno, esonerare gli operatori dalla responsabilità professionale. Le competenze non possono essere stabilite con un Decreto Legge, ma sono il frutto di un percorso formativo”.

“Ribadiamo che le agenzie regolatorie dei farmaci, tra le quali le nostre Ema e Aifa, demandano la somministrazione dei vaccini alla prescrizione del medico. In questa fattispecie, la prescrizione è assoluta con l'anamnesi, la valutazione clinica, la raccolta del consenso informato - conclude Anelli -. Resta irrisolto, in assenza del medico, il tema delle complicanze che, secondo le agenzie regolatorie, dovrebbe prevedere il suo urgente intervento. Questo scenario, insomma, in carenza di forti premesse giuridiche apre anche un nuovo fronte sul versante assicurativo e del risarcimento del danno”.

# Pazienti diabetici e le armi spuntate della Medicina Generale

“È necessario che sia immediatamente consentito anche ai medici di famiglia di poter utilizzare e prescrivere tutte le risorse terapeutiche disponibili per la buona cura del diabete, oggi ancor più rilevanti in quanto fortemente protettive contro Covid-19”.

È quanto ha tenuto a sottolineare Gerardo Medea, Responsabile Nazionale della Ricerca Simg, durante il Webinar ‘Cura del Diabete e Mmg: Un attore chiave del processo di cura con le armi spuntate’, organizzato di recente da Diabete Italia Onlus e Motore Sanità

**I**l paziente con diabete è un paziente ad altissimo rischio. E i dati parlano chiaro. Ogni 7 minuti una persona con diabete ha un attacco cardiaco, ogni 30 minuti una persona con diabete ha un ictus, ogni 90 minuti una persona subisce una mutazione a causa del diabete, ogni 3 ore una persona con diabete entra in dialisi, il 15% delle persone con diabete ha coronaropatia, il 38% delle persone con diabete ha insufficienza renale (può portare alla dialisi), il 22% delle persone con diabete ha retinopatia, il 3% delle persone con diabete ha problemi agli arti inferiori e piedi. Altri dati che fanno riflettere: il 50% di pazienti con diabete di tipo 2 viene vista quasi esclusivamente dai Centri specialisti, un altro 50% non viene seguito mai dallo specialista. È di 7-8 anni la riduzione di aspettativa di vita nella persona con diabete non in controllo glicemico, il 60% almeno della mortalità per malattie cardiovascolari è associata al diabete. I farmaci SGLT2, secondo lo studio EMPAREG condotto su 7.020 pazienti ad elevato rischio cardio-

vascolare con diabete di tipo 2, ha mostrato una riduzione del 38% della mortalità cardiovascolare, del 32% della mortalità per tutte le cause, del 35% le ospedalizzazioni per scompenso. Ma a fronte di queste evidenze, al medico di medicina generale non viene data la possibilità di prescrivere queste terapie e di poter intervenire in tempi rapidi.

La pandemia ha messo ancor più in evidenza la fragilità della presa in carico territoriale nella cura del diabete e la necessità di riportare il territorio ad essere centrale nella gestione della cronicità diabetica. Non meno importante, è la necessità di sburocratizzare molte procedure che sono un inutile impegno per i pazienti, i familiari e per il medico curante. Per fare il punto sul tema, Diabete, Italia Onlus e Motore Sanità hanno organizzato il Webinar ‘Cura del Diabete e Mmg: Un attore chiave del processo di cura con le armi spuntate’, realizzato grazie al contributo incondizionato di AstraZeneca e Boehringer Ingelheim, che ha visto la partecipazione dei massimi esperti italiani.

## ► **Serve una rete assistenziale integrata**

“Il Sistema Sanitario italiano, tendenzialmente sbilanciato sulla presa in carico dell’acuto, si trova in difficoltà quando si tratta di organizzare un’assistenza efficiente sul territorio, e ancor più nel mettere a punto una continuità di cura sinergica tra territorio e ospedalità. Un problema nuovo, perché messo in luce dal Covid, ma la questione più annosa per gli ‘addetti ai lavori’. Oggi più che mai, è evidente la necessità di realizzare una vera rete assistenziale integrata che tenga conto del pieno coinvolgimento dei medici di famiglia nella presa in carico delle persone con diabete, estendendo, anche a questi ultimi la possibilità di prescrivere i farmaci per la terapia del diabete accompagnando, infine, questa decisione con una non più prorogabile abolizione dei piani terapeutici. Una siffatta riorganizzazione dell’attuale modello di assistenza consentirebbe di realizzare una gestione davvero integrata della persona con diabete ove ogni nodo possa essere

connesso grazie ad una capillare digitalizzazione che garantisca una effettiva condivisione del dato e ove la telemedicina possa diventare parte del percorso assistenziale”, ha detto **Paolo Di Bartolo**, Presidente AMD.

### ► Migliorare l'aderenza terapeutica

“La cura del diabete ha assoluto bisogno di un coordinamento assai efficiente tra ospedali e territorio. Dobbiamo migliorare l'aderenza alle terapie dei pazienti e contrastare l'inerzia terapeutica, utilizzando a pieno regime ogni farmaco e dispositivo ad oggi a disposizione. Per farlo abbiamo bisogno della professionalità dei medici di medicina generale che devono essere messi nelle condizioni di operare al meglio, con gli strumenti più opportuni per la gestione del paziente diabetico, malato cronico. Non vogliamo medici eroi o pazienti privilegiati, non vogliamo discriminazioni o differenze tra una regione o l'altra: vogliamo un sistema equo che garantisca la massima qualità e le migliori prestazioni a tutti i diabetici nell'intero territorio nazionale”, ha spiegato **Stefano Nervo**, Presidente Diabete Italia.

### ► Mmg depauperati

“Il Piano Nazionale per la Malattia Diabetica prevede la presa in carico prevalente da parte dei Mmg dei soggetti con malattia stabile e senza complicanze evolutive. Inoltre, i pazienti diabetici allettati in modo permanente o non autosufficienti e con gradi avanzati di disabilità, spesso con pluripatologie, sono necessariamente seguiti a domicilio solo dal loro Mmg, ma il suo compito è reso assai complicato non soltanto dai carichi di lavoro, dalla complessità della pato-

logia e dai rapidi mutamenti delle conoscenze scientifiche, ma anche dal fatto che per alcuni dei numerosi farmaci ipoglicemizzanti ad oggi disponibili la prescrizione è condizionata dalla compilazione del piano terapeutico da parte dei diabetologi, nonostante il loro ottimo profilo di sicurezza e la dimostrata protezione cardiorenale sostenuta da solide evidenze scientifiche. Proprio la prima linea di difesa territoriale contro le temibili complicanze del diabete si trova a combattere con armi scarse ed inadeguate. Una situazione insostenibile in questo periodo in cui alcune malattie croniche costituiscono un potente fattore di rischio per Covid-19. È allora necessario che sia immediatamente consentito anche ai medici di famiglia di poter utilizzare e prescrivere tutte le risorse terapeutiche disponibili per la buona cura del diabete, oggi ancor più rilevanti in quanto fortemente protettive contro Covid-19”, ha dichiarato **Gerardo Medea**, Responsabile Nazionale della ricerca Simg.

### ► Un vero paradosso

“Il Mmg deve entrare sempre di più nella gestione di questi pazienti che hanno il diritto di essere seguiti da un *team* di esperti che possano anche assicurare nel luogo di cura lo *screening* delle diverse complicanze, ma se poi è trattato in maniera adeguata può essere seguito prevalentemente dal suo medico di medicina generale - ha spiegato **Agostino Consoli**, Presidente SID Professore ordinario di Endocrinologia, Università 'G. d'Annunzio' di Chieti e Responsabile della Uoc Territoriale di Endocrinologia e Malattie Metaboliche della Ausl di Pescara -. Oggi assistiamo ad un fenomeno

che è poco virtuoso: il 50% di pazienti con diabete di tipo 2 viene visto quasi esclusivamente dai Centri specialisti e questo non va bene perché non è un uso razionale delle risorse, un altro 50% non viene seguito mai dallo specialista e questo non va bene perché probabilmente perdono qualcosa del percorso che deve portare a curarsi nella maniera migliore. Questo riguarda l'organizzazione della Cure che deve essere assolutamente razionalizzata e sulla quale stiamo facendo una serie di discorsi, anche con la diabetologia, che deve essere riformata al suo interno, e la stessa medicina generale con la quale dobbiamo aprire e sviluppare un discorso molto più franco e collaborativo. È assurdo in questo scenario che il medico di medicina generale non viene considerato capace di giudicare se un trattamento è efficace o meno perché, a prescindere dal grado di controllo del paziente, è costretto ad inviarlo dallo specialista per avere la validazione di un piano terapeutico. È fondamentale assicurare alle persone con diabete più anni di vita a livello qualitativo e quantitativo e che contemporaneamente non abbiano effetti collaterali gravi o fastidiosi. Sta per essere conclusa la redazione delle linee guida ISS per la terapia del diabete di tipo 2”. Per Consoli c'è la necessità di una forte integrazione della Specialistica e la Medicina Generale nell'assistenza alla persona con diabete e c'è tutta la volontà degli specialisti e della MG a farlo. “Il CTS dell'Aifa - sottolinea - è estremamente disposto a venire incontro a questo, è verosimile che tra il convincimento culturale e la effettiva capacità di deliberare però ci sono degli ostacoli nel mezzo”.

# Missione: distruggete la Medicina di Famiglia

In un grande avvallamento della luna si trova tutto quello che si perde sulla terra: qui, tra enormi mucchi di cose perse e inutili, Astolfo trova un ammasso di ampolle di varie misure contenenti il senno degli uomini, ma ne trova una più grossa di tutte, è quella della Sanità, su cui campeggia la scritta “Senno della Sanità Italiana”

**Alessandro Chiari**

*Segretario Regionale Fismu-Emilia Romagna*

**S**iamo stati esclusivi in Europa di un’anomalia che è stata tale dall’inizio; *the same old story* avrebbero detto gli inglesi. Se uno fa una serie di errori non può essere riconfermato, l’unico che è stato promosso del precedente governo è forse quello più responsabile delle varie improvvisazioni. Marx diceva che la storia si ripete sempre due volte: la prima finisce in una tragedia, la seconda in una farsa. Il paradosso della conferma del Ministro della Salute è senz’altro qualche cosa di inverosimilmente fantastico, che pensiamo potesse verificarsi solo nel nostro Paese. Malgrado una serie di attenuanti che nessuno vuole eludere, possibile che sia stata premiata quello che tutti hanno potuto constatare, ovvero l’incompetenza e la confusione della programmazione del Ministero della Salute? Non c’è stata una strategia, solo una stirata, insufficiente tattica, che rimediava agli errori con altri errori. Scegliere tra sociale e sanitario tra chiusure a singhiozzo o *lockdown* e deriva sanitaria comporta una serie di difficoltà che comunque dovevano già essere previste da

tempo. A tutt’oggi se si chiude il sociale, il sanitario scoppia e se scoppia. Se affonda il medico di medicina generale affonda anche il Titanic del Ministero. In *primis* avevamo avuto una serie di avvertimenti pandemici minori, ma non meno pericolosi che per fortuna si erano auto limitati da soli, ma dove, comunque, doveva esistere un/quel famoso piano anti-pandemico scomparso dalle rotte ministeriali e diventato il fantasma dei fantasmi.

## ► Il fante della prima linea

Quando l’emergenza Covid, tra lo stupore di molti addetti ai lavori, si è palesata in tutta la sua veemenza, la barriera l’abbiamo creata noi Mmg e, malgrado le campagne denigratorie, montate ad arte contro di noi, siamo ancora qui a combattere in prima linea. Questo significa che non è cambiato nulla nel modo di affrontare questa crisi pandemica. Qui è passato un anno, ma la nostra sofferenza è aumentata perché stanno continuando a scaricarci una serie di prebende sanitarie che non apparterebbero ai nostri compiti. Stiamo abbandonando i

fragili, i cronici. Quando protestiamo ci viene detto dalle Aziende che siamo tutti sulla stessa barca che siamo tutti in emergenza, ma diverso è essere in prima linea con il Covid-19 che senti, vedi e tocchi e che ogni tanto ammazza te o i tuoi pazienti, amici e familiari, un’altra è affrontarlo con mascherine, in videoconferenza, da protette torri eburnee. Molti hanno urlato verso di noi, indignati, ma c’è anche chi ha detto che nessuno è più indignato dell’uomo disonesto. Un sistema che funziona programma delle prime e delle seconde linee se non delle terze che si alternano nello scontro, invece si è continuato non solo a tenere sempre la prima linea in trincea, ma a caricarla di continui compiti medici impropri, ma soprattutto burocratici, addizionali contro ogni senso logico, strategico e tattico. E dietro tutto questo ci sono una serie di mani insanguinate che, come nel più classico dei film *horror*, fanno fatica, anche se lavate, a ritornare pulite. Non parliamo poi della farsa dei tamponi negli studi medici o della sicurezza delle vaccinazioni nei nostri ambulatori.

► **Come lavoriamo ora?**

Sicuramente, a parte il fatto di avere presidi, come mascherine, camici o guanti, che prima non avevamo, non è che sia cambiato molto quaggiù nella prima linea, siamo meno esposti di prima, ma molto più stanchi e fragili consumati dal burnout e dallo stress post traumatico. Siamo bombardati di telefonate, il telefono diventa incandescente e i pazienti non riescono spesso a prendere la linea, con conseguente incazzatura. Abbiamo le segretarie che sembrano palline impazzite in un flipper: ma tanto tutti continuano a dire di telefonare al medico di medicina generale per qualsiasi cosa. Inoltre è molto più difficile gestire i pazienti consumati dallo stress del lockdown e dallo stallo economico, dalle perdite di familiari e amici, da una crisi esistenziale dovuta alla perdita di un vecchio mondo che pare ancora lungi dal tornare se mai tornerà.

E se tutto questo non bastasse per noi medici di medicina generale continuano ad aumentare compiti e funzioni. Forse ci vogliono far sparire dagli orizzonti della sanità italiana.

Quello che era il fiore all'occhiello del Ssn, ovvero il medico di famiglia con il suo peculiare rapporto fiduciario medico-paziente probabilmente per qualche 'utile idiota' non è più una risorsa. Forse continua ad essere, nonostante tutto, quella figura professionale che non viene ancora assimilata totalmente dalla politica.

E questo sebbene si alternino sul pulpito della predica vari *influencer*, pseudo sindacalisti o dirigenti di aziende e/o ospedali che non hanno fatto altro che svendere da tempo i propri colleghi. Forse ora

dovremmo ringraziare il fatto che, non essendoci stato un progetto od una catena di comando, proprio questo *vulnus* ci ha permesso di auto organizzarci e di autogestirci e, in un qualche modo, anche grazie ad una triste lista di colleghi caduti, di resistere e di mantenere un presidio territoriale che ci ha salvato da una sorte peggiore. In fondo il primo sistema a bolle l'abbiamo fatto partire noi Mmg nei nostri studi.

► **Valutazioni più politiche che sanitarie**

Il protocollo anti-Covid messo a punto si basava sul concetto di bolla. Il nostro ambulatorio è diventato la bolla principale, all'interno del quale abbiamo organizzato altre bolle, una per ogni medico. Gli stessi *team* medici hanno gestito i pazienti attraverso un ulteriore schema a bolle. La stessa sanità territoriale ha vissuto su questa 'bollificazione' ognuna delle quali includeva persone che operavano insieme. Il personale di una squadra non può avere interazioni con colleghi di altri *team* se non per necessità note e pianificate e anche all'interno di ogni singolo *team* i contatti saranno ridotti al minimo.

Personalmente non avrei mai inserito i medici di famiglia nelle Usca per mantenere più sicuro il sistema. Si sono comunque fatti teoremi sugli *slogan* e si è impostato un intero sistema anti-pandemico su valutazioni politiche piuttosto che assistenziali e ci si dimentica che se sul territorio non ci fosse stato un professionista che si chiama medico di medicina generale, che si caricato moltissimo peso sulle spalle, le strutture delle Asl sarebbero collassate ed implose in un attimo.

► **Abbiamo dato il nostro meglio**

Quello che è successo ha dimostrato che il territorio, anche in un momento drammatico come questo, ha avuto la capacità di reagire e che il medico di medicina generale, proprio in un periodo dove si è dovuto autogestire, ha dato il meglio di sé. Tuttavia continuo anche a pensare che non possa esistere un territorio forte senza avere alle spalle un sistema ospedaliero forte. Credo che, ritornando alla prima ipotesi della Riforma di Bindiana memoria, per ritrarre il sistema bisognerebbe cancellare la libera professione ospedaliera intra-muraria perché crea una serie di squilibri che si riverberano sul territorio. Ma al riguardo va anche detto che una riformulazione o peggio una riforma del sistema sanitario in un momento di crisi come questo non è opportuno, perché, sull'onda delle emozioni e di tutti i giochi sporchi in essere, si risolverebbe in una grande barondata che avrebbe come esito sicuramente una riforma monca e frutto di mediazioni al ribasso. Una eventuale riforma della Medicina Generale avrà senso solamente se l'intero sistema potrà essere riprogettato, a bocce ferme e con la necessaria serenità, secondo un progetto che rilegga i contenuti e le funzioni di tutte le professioni sanitarie non solo di quelle territoriali ma anche ospedaliere e universitarie, applicando sistemi di metanalisi e un attento studio dei dati. Se riforma deve essere, allora bisogna rivedere tutto il sistema che va ammodernato completamente, ma soprattutto ci vuole un progetto che tenga conto di come cambino velocemente le logiche per la sanità in questa era post apocalittica.

# SARS-CoV-2: bisogna parlare anche di cure, non solo di vaccini

A sottolinearlo è Silvio Gherardi, medico e presidente del Comitato Scientifico dell'Associazione "Giuseppe Dossetti: i Valori", nel corso del recente webinar 'Sindrome Long Covid: non solo polmonite, gravi effetti a lungo termine per i 'reduci' Covid'. "Quello che dobbiamo chiederci - sollecita il presidente del comitato scientifico Dossetti - è cosa stiamo facendo per seguire e affrontare le patologie nel post malattia"

// Bisogna parlare anche di cure, non solo di vaccini, nella comunicazione e nell'informazione sul Covid. Ci sono tanti pazienti che necessitano di risposte". A dirlo è **Silvio Gherardi**, medico e presidente del Comitato Scientifico dell'Associazione "Giuseppe Dossetti: i Valori", nel corso del webinar *Sindrome Long Covid*: non solo polmonite, gravi effetti a lungo termine per i 'reduci Covid', organizzato dalla stessa Onlus e moderato dal giornalista Rai Daniel Della Seta, a cui hanno partecipato istituzioni nazionali ed internazionali, parlamentari, studiosi e clinici, giornalisti.

"Stiamo affrontando la questione emergente del *Long Covid*, che colpisce almeno 3 pazienti su 4 tra i ricoverati e si protrae fino a sei mesi dopo la malattia, con uno spettro di patologie a carico di molti organi - spiega infatti Gherardi introducendo i lavori del webinar.

Possiamo parlare di un'onda lunga del Covid, nell'ambito delle ondate di picchi di contagi del virus, perché i pazienti coinvolti da questa sindrome soffrono di disturbi molto vari.

Lo scorso 25 marzo, sul *British Medical Journal*, è infatti uscito

uno studio che segnala che il 70% dei pazienti affetti da Covid è colpito anche dalla scia lunga della malattia, "fatta di sintomi - sottolinea Gherardi - che possono comportare una certa invalidità, temporanea, ma il tempo ci dirà se si tratta di una condizione permanente".

"Quello che dobbiamo chiederci - sollecita il presidente del comitato scientifico Dossetti - è cosa stiamo facendo per seguire e affrontare le patologie nel post malattia. Negli Stati Uniti sono state emanate delle linee guida per i medici sul post Covid ma questo non sta succedendo in Europa. Dovremmo valutare già durante il decorso della malattia - aggiunge il medico Gherardi - quali esiti possano esserci in questi individui. Bisogna quindi segnalare anche ai pazienti come affrontare questa condizione e informare i medici che potranno quindi accompagnare, anche con la creazione di "*Long Covid Units*".

Gherardi ha invocato un impegno da parte della politica e delle istituzioni, ben rappresentate durante il webinar, denunciando che "c'è una *vacatio legis* in grado, purtroppo, di aggravare la condizione dei pazienti nella fase di remissione della malattia e su questo bisogna

intervenire. Queste sono tutte domande alle quali bisogna rispondere, senza correre dietro alla patologia ma anticipando le complicanze per aiutare medici e pazienti nel gestire queste situazioni. È necessario utilizzare tutte le cure migliori disponibili per prevenire il *Long Covid*".

## ► Linee guida

Secondo l'Onorevole Roberta Alaimo, componente della Commissione Affari Costituzionali della Camera dei deputati, "devono essere definite delle linee guida varate dal Ministero della Salute che attribuiscono riconoscimento medico e terapeutico ai pazienti affetti dalla *Sindrome Long Covid*. A tal proposito il 20 gennaio ho presentato un atto parlamentare, accolto dal Ministero della Salute, che ha l'obiettivo di chiedere al Governo di attivare un monitoraggio dei pazienti che soffrono della *Sindrome Long Covid* al fine di fornire loro cure specialistiche e percorsi terapeutici mirati. Il Ministero attualmente si sta concentrando sulla ricerca, sulla formazione del personale sanitario e sulla definizione di linee guida che valgano per tutte le regioni italiane", conclude la deputata.

### ► Il ruolo del Ssn

“I malati affetti dalla Sindrome *Long Covid* non possono essere ignorati e devono essere seguiti attraverso terapie di cui deve farsi carico il Sistema Sanitario Nazionale. Occorre, per prevenire le conseguenze di questa patologia, seguire un approccio multispecialistico”. Questo il punto di vista di **Vittorio Sironi**, direttore del Centro Studi sulla storia del pensiero biomedico (Cespeb) e Responsabile del Dipartimento di Antropologia medica e Storia della Salute del Comitato Scientifico dell’associazione “G. Dossetti: I Valori”. Sironi, nel suo intervento, ha affrontato il tema dei danni neurologici derivanti dalla contrazione del virus. “I danni neurologici persistono in maniera importante anche per diversi mesi nei pazienti che hanno contratto il virus non soltanto nella fase acuta ma anche quando i sintomi vengono risolti. I disturbi cognitivi, dunque, possono persistere anche nella fase post-Covid”. Sironi ha sottolineato il ruolo giocato dagli effetti psicologici derivanti dalla Sindrome *Long Covid*. “Le conseguenze psicologiche rimangono spesso in

maniera permanente nei pazienti che si trovano ad affrontare la fase post-Covid. I disturbi psichici, dunque, possono condizionare la vita quotidiana di queste persone. Per questo motivo occorre intervenire sul piano legislativo per definire delle linee guida a livello nazionale in grado di dare riconoscimento a questa patologia”, conclude.

### ► Multicronicità chiama multiprofessionalità

Per **Antonio Magi**, presidente dell’Ordine dei Medici di Roma, anch’egli intervenuto al webinar, il *Long Covid* “è una multicronicità e si aggiunge alle problematiche di gestione e cura della malattia. È assimilabile ad una cronicità, o meglio, ad una multicronicità perché la sintomatologia riguarda più disturbi”. “La sanità è un tutt’uno con il territorio - sottolinea - se il territorio non risponde non si può pensare che l’ospedale si sostituirà ad esso. In questo senso, intervenire sul *Long Covid* significa intervenire sulla riorganizzazione sanitaria che possa essere, nell’immediato futuro, un lavoro di squadra con diversi medici competenti su varie discipline. La sindrome post Covid deve

essere gestita in questo modo e, al contempo, serve spingere in parallelo sulla gestione delle patologie non-Covid nell’ambito della stessa riorganizzazione sanitaria sul territorio e nelle strutture” - conclude il presidente.

“L’asse di cura della sindrome *Long Covid* non può essere più ospedalocentrico - ha evidenziato **Filippo Anelli** presidente della FNOMCeO -. L’esperienza del Covid ci sta insegnando che le politiche dei tagli anche sul personale hanno inciso in modo profondo, su cui i medici si sono fatti carico pagando un prezzo elevato in termini di vite umane. “Il *Long Covid* - ha denunciato Anelli - si correla a questo perché il ruolo delle professioni sanitarie e la loro capacità di intervento è fondamentale: i nostri ospedali devono quindi essere organizzati in modo diverso, essere più flessibili, atteso che il tema ambientale diventi centrale anche nell’emersione di nuove epidemie. Il *Long Covid* può essere gestito proprio con la leva delle multiprofessionalità sanitarie, la flessibilità sul territorio e un riassetto delle strutture ospedaliere, basato sul lavoro delle *équipe*”.

### Un database con le testimonianze dei pazienti

“Insieme ad altri miei collaboratori ho creato un sito internet ‘Sindrome post Covid-19.it’ che ha lo scopo di indagare statisticamente i sintomi e le conseguenze derivanti dal post Covid” A spiegarlo nel corso del webinar è stato **Enrico Ferdinandi** giornalista e creatore del portale online che ha raccolto le testimonianze di chi ha avuto o sta affrontando la sindrome post Covid-19, creando una sorta di database per mappare la situazione. “Abbiamo, dunque, lanciato un questionario online in cui viene chiesto agli intervistati di indicare i sintomi patiti durante l’infezione e nella fase di remissione della malattia. Il lavoro di Ferdinandi è un importante contributo sul post Covid, che può aiutare decisori politici e comunità scientifica. “Le persone con sindrome post Covid-19 - aggiunge

il giornalista - lamentano difficoltà nel vivere la quotidianità. Il 49% degli intervistati ha dichiarato di aver contratto il virus per un periodo compreso tra i 20 e i 45 giorni e durante la positività il 75% ha avuto febbre e spossatezza. Per quanto concerne i sintomi post Covid, invece, è emerso che il 95% dei pazienti continua a soffrire di spossatezza e molte persone hanno anche sostenuto che i sintomi avuti quando hanno contratto il Covid sono stati diversi nel periodo successivo alla malattia. Una buona percentuale di intervistati ha lamentato di aver accusato problemi alla tiroide e il 49% di loro continua a soffrire di tachicardie e aritmie”. “Il portale- conclude Ferdinandi - ha l’ambizioso obiettivo di diventare uno strumento a supporto della comunità scientifica, raccogliendo informazioni importanti su scala nazionale”.

# Considerazioni attuali di un Mmg sul Covid tra passato, presente e futuro

Una breve sintesi di questo annus horribilis che ha lasciato molti di noi sul campo esanimi. Un contributo di vite che non sembra avere grande importanza se si considera la marginalizzazione del patrimonio di esperienza e di professionalità dei medici di famiglia in un momento cruciale qual è la vaccinazione di massa

**Sergio Perini** - *Medico di Medicina Generale, Carpenedolo (BS)*

**T**recentoquarantasei medici, ad oggi, hanno pagato con la vita lo scempio di questa pandemia. Un particolare ricordo al primo medico deceduto nel marzo 2020, dottor **Roberto Stella**, Presidente dell'Ordine di Varese nonché presidente della Snamid (Società Nazionale di Aggiornamento Medico Inter Disciplinare) a cui mi legava un rapporto di amicizia e di collaborazione in anni ormai lontani. Ricordo che già nel maggio 2020 un report dell'*Imperial College of London* ipotizzava una percentuale del 9,8% della popolazione mondiale di contagiati asintomatici, ipotizzando in Italia una positività di 5,9 milioni di cittadini. Secondo la proiezioni dei dati del Ministero della Salute in Italia a fronte di 60.360.000 abitanti abbiamo una positività di 3.584.899 casi che corrisponde al 5,9% della popolazione. In Lombardia a fronte di 10.060.000 abitanti abbiamo una positività di 735.838 casi che corrisponde al 7,3 % dei lombardi. Si può dunque comprendere la enormità dei dati che sono ancora oggi in evoluzione con 109.346 deceduti in Italia.

## ► La Regione Lombardia

La Regione Lombardia ha commesso gravi errori di valutazione strategica; errori riconosciuti anche da un documento molto articolato della Federa-

zione dei Presidenti degli Ordini dei Medici Lombardi (FROMCEO) (5/4/2020) in cui si rilevava l'assenza di una attività di igiene pubblica e il mancato governo del territorio, situazioni trascurate e depotenziate dalla stessa Regione a favore di una politica ospedalocentrica.

## ► La vaccinazione di massa

1. La maggiore parte dei colleghi sono consapevoli del loro attuale ruolo strategico e hanno espresso a più livelli la volontà di essere parte attiva in questa grande operazione di Sanità Pubblica. Molti Mmg sono in effetti già operativi nelle migliaia di hub presenti sul territorio nazionale. Ciò pur nella criticità di molti aspetti organizzativi quali, in Lombardia per esempio, la confusione degli appuntamenti grazie a una gestione scandalosa della società ARIA.
2. Altro dato da tenere in considerazione è la presenza capillare su tutto il territorio nazionale dei Mmg e dei Pediatri di libera scelta con una media di 1.135 pazienti/medico.
3. Al 31/3/21 in provincia di Brescia sono stati vaccinati 123.680 persone tra cui i sanitari, gli ospiti di RSA e gli over 80 a fronte di una popolazione della provincia di Brescia di 1.266.000 con un rapporto di 9,8%.
4. Una situazione paradossale è ora la nuova legge di Bilancio del Decreto

Sostegni, che prevede la possibilità alle 19.000 farmacie italiane di praticare milioni di vaccinazioni. Progetto voluto fortemente da Forza Italia attraverso il modello di Farmacia dei servizi introdotta nel 2009 dal Governo Berlusconi. Situazione contestata dal presidente della FNOMCeO che ha sottolineato come il consenso informato, circa la valutazione dello stato di salute del paziente, è di esclusiva competenza medica non delegabile e la necessità di una supervisione medica in caso di reazione anafilattica.

5. Alla luce dell'arrivo del vaccino monodose Johnson & Johnson che si può conservare nei normali frigoriferi, considerata la disponibilità dei Mmg e dei Pediatri e la capillarità in tutto il territorio, non si capisce come non si voglia potenziare davvero il patrimonio di esperienza e di professionalità dei medici di famiglia migliorando, nel contempo, anche il ruolo della medicina del territorio. Da anni, i Mmg organizzano e utilizzano i propri studi per la vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica. La disponibilità dei vaccini è il vero problema mentre le Farmacie dovrebbero svolgere la loro funzione raccordandosi con le ATS per la distribuzione ai medici dei vari lotti di vaccino in maniera analoga alla distribuzione degli altri vaccini.

# Caro cittadino, io medico, ti scrivo

Il deficit principale e forse totale che c'è stato e c'è in questa pandemia è quello della comunicazione. E così, virtualmente, mi rivolgo al cittadino italiano, ai miei pazienti e a quelli dei colleghi. Fuori dai nostri studi c'è una battaglia che possiamo vincere solo assieme

**Giuseppe Mittiga**

*Medico di Medicina Generale, Roma*

**C**aro cittadino, il momento storico che stiamo vivendo da marzo 2020 non è normale, lo sai e qui, presso lo studio del tuo Mmg non potrai trovare normalità così come non c'è altrove. Per la tua sicurezza, per quella degli altri, nonché per la mia e per quella dei miei familiari. Come tuo medico debbo agire nel tuo bene e nel rispetto delle leggi scritte e non scritte, nel segno del buon senso. So bene che qui, tu, sano o malato, vuoi trovare un rifugio di serenità e sicurezza, ma essa è garantita proprio dalla limitazione, dai confini, dai "no" che io o la mia segretaria dobbiamo dirti.

Sai già che il mio lavoro non è un lavoro usuale e che vivo ogni giorno - formato e addestrato per questo - con il dolore, la morte, la sofferenza, e con decisioni difficili.

Ti chiedo di capire però. So che vorresti sentire la mia voce per lenire le tue paure, ma pur volendo non posso perché debbo scegliere. Debbo capire chi aiutare per primo.

Se hai una lesione cutanea di vecchia data stabilizzata nel tempo tu sai che essa non è un problema per la tua salute. Sii comprensivo verso gli altri e lascia spazio a chi sta seriamente male.

Se hai un dolore che tu stesso non definisci dolore, ma fastidio e ad esso non si accompagnano altri di-

sturbi significativi, in presenza di esami laboratoristico-strumentali da poco eseguiti, abbi pazienza e attendi.

Se l'ansia ti assale riferiscilo alla segretaria (è tenuta ai segreti come me), ti richiamerò. Sai bene che si tratta di ansia e ha mille motivi. L'affronteremo assieme.

## ► Quello che i mass media non dicono

In TV non ti dicono che il tuo medico di famiglia cerca di salvare vite durante questa emergenza Covid-19, ma credimi è così. Il 90% dei pazienti Covid-19 asintomatici e paucisintomatici viene gestito dai medici di medicina generale.

Non posso dirti il motivo per cui il tal paziente è entrato in studio; non posso per legge; non posso perché sicuramente non sopporteresti la sua storia e ti vergogneresti delle tue proteste.

Sii saggio. Il tuo medico è con te e cerca di fare il meglio per te. Ma non è un momento normale.

La salute passa da qui, ma è nelle tue mani, nel tuo buon senso e rispetto delle norme.

Se hai più di ottanta anni e ti ho detto che il dolore alla spalla è determinato da artrosi, vuole dire che pur essendo forte il dolore possiamo iniziare una terapia. Ti ho visitato in precedenza e non è

emerso nulla di significativo.

So che hai bisogno di me, ma vorrei esserci quando realmente tu avrai bisogno di me; sii generoso verso gli altri. Sto al telefono con la protezione civile, con il 112, con gli uffici Asl, con l'ospedale. Sii prudente. Temi i luoghi chiusi, passeggia all'aperto. Il tuo amico che appare star bene potrebbe essere senza sintomi, ma avere il Covid-19 o potrebbe infettarti perché è nella fase pre-sintomatica. Indossa bene la mascherina e cambiala. Vaccinati se è il tuo momento, altre strade non ce ne sono. Fuori c'è una battaglia che possiamo vincere solo assieme. Possiamo chiedere salute solo se contribuiamo a darla anche agli altri. Un caro saluto dal tuo medico di famiglia.



# Digitalizzazione e umanizzazione in home care nella gestione delle cronicità

Su questo tema si è incentrato il dibattito degli esperti riuniti di recente dall'Academy di alta formazione di Motore Sanità TECH in un meeting dal titolo "Home Care. Modelli socio-sanitari di resilienza territoriale, l'innovazione cambia il rapporto sanità-paziente: piattaforme tecnologiche, IA e Blockchain". Particolare attenzione è stata data ad esempi di modelli virtuosi come quelli applicati nella Regione Puglia

Il periodo emergenziale che il mondo sta vivendo ha evidenziato la necessità che il Servizio sanitario nazionale e regionale abbia una rete vera che sia in grado di mettere a sistema l'interdisciplinarietà fra tutti gli attori che intervengono nel percorso di cura e di prevenzione del malato cronico, ciò al fine di predisporre un equilibrato rapporto tra medico, strutture sanitarie ed ospedali che abbia come obiettivo la salute del paziente e cittadino.

Il futuro del Sistema sanitario nazionale passa dall'*home care* quale diritto costituzionale del cittadino, che va oltre l'assistenza domiciliare integrata e deve fornire terapie complesse e una attività di medicina di iniziativa. Digitalizzazione e umanizzazione si coniugano all'interno di un modello organizzativo basato sui principi di 'flessibilità' e di 'prossimità', in grado di sfruttare a pieno le potenzialità della tecnologia per assicurare l'assistenza alle persone anche a distanza, in una relazione costante tra operatore sanitario e paziente.

## ► L'esempio della Puglia

In una regione come la Puglia, che conta 1 milione e 600mila malati cronici (il 40% degli assistiti) e un

consumo procapite/annuo di 1.500 euro (l'80% delle risorse sanitarie) per un totale di euro 2.549.260.471), sono nati modelli di lotta alla cronicità che durante la pandemia sono stati in grado di restare accanto al paziente cronico e non lasciarlo solo. Questi i temi del quinto appuntamento dell'Academy di alta formazione di Motore Sanità TECH realizzato grazie al contributo di ENGINEERING, dal titolo 'HOME CARE. Modelli socio-sanitari di resilienza territoriale, l'innovazione cambia il rapporto sanità-paziente: piattaforme tecnologiche, IA e Blockchain'

## ► Il progetto Diomedee dell'Asl di Foggia

è una applicazione non "chiusa" ma una componente applicativa di un sistema informatico complesso incardinato su un Clinical data repository standard, in cui i blocchi funzionali del sistema informativo e gli operatori che li utilizzano sono distribuiti nello spazio.

"I suoi obiettivi - spiega **Tommaso Petrosillo**, Dirigente Responsabile Sistemi Informativi e TLC - sono offrire un percorso assistenziale razionale e aderente alle linee guida nazionali e locali; favorire l'aderenza al follow up da parte del paziente cronico rendendo i servizi assistenziali

più facilmente fruibili nel territorio di residenza, evitare la mobilità dei pazienti cronici e il ricorso al ricovero ospedaliero inappropriato. Il sistema progettato associa l'utilizzo di app e strumenti digitali di uso comune e gratuiti, come Skype e WhatsApp, a quello di una cartella clinica informatizzata, con la quale gli operatori possono monitorare e condividere tutti i parametri clinici del paziente, compresa la terapia farmacologica in atto, rilevati da apparecchiature elettromedicali in uso al paziente. Gli ulteriori sviluppi riguarderanno il monitoraggio a distanza dei pazienti oncologici e dei pazienti in carico al dipartimento di salute mentale, il monitoraggio a distanza delle pazienti nel percorso nascita e l'APP Mo'Mamma, il monitoraggio distanza dei pazienti in carico al servizio di diabetologia ed endocrinologia".

A seguito della pandemia la Asl Foggia ha accelerato il processo di digitalizzazione e ha rimodulato il "Progetto Diomedee" ampliandolo e adattandolo alle sopraggiunte esigenze collegate all'emergenza Covid-19, rispondendo così alla necessità di monitorare a distanza i pazienti positivi, asintomatici, in isolamento domiciliare in casa o presso le strutture residenziali territoriali.

► **Il progetto Care Puglia 3.0** è il modello regionale per la presa in carico delle cronicità. Elemento fondamentale del modello è l'individuazione dei compiti assistenziali dei diversi professionisti coinvolti (chi fa che cosa?) e la forte integrazione tra di essi attraverso momenti istituzionalizzati di comunicazione. Altra caratteristica fondamentale è l'orientamento verso l'empowerment del paziente che viene coinvolto nella determinazione del piano delle cure al fine di acquisirne la progressiva responsabilizzazione e la migliore aderenza a esso. "Si tratta di una proposta di presa in carico del paziente cronico in termini di valutazione del bisogno di ciascun assistito e relativa offerta dei servizi, e una modalità attraverso la quale viene data attuazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici (PDTA) con un'alta attenzione sull'individuo affetto da patologia cronica attraverso la possibilità di personalizzare i PDTA di riferimento in Piano di assistenza individuale (PAI) - ha spiegato **Pierluigi De Paolis**, medico di medicina generale -. L'implementazione di modelli di presa in carico si impernia sui medici di assistenza primaria nelle loro forme organizzative, nonché sulla riorganizzazione della rete dei servizi territoriali. Gli obiettivi di questo modello sono: assicurare continuità nella zona di cura delle malattie croniche, programmazione del percorso, la presa in carico proattiva ed empowerment del paziente; interventi di prevenzione primaria (modifica degli stili di vita insalubri) e secondaria (diagnostica precoce); obiettivi di cura del Piano Nazionale cronicità quali miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, minimizzazione della sintomatologia, prevenzione della disabilità, miglioramento della qualità della vita".

► **Semplificare il lavoro del Mmg.**

Secondo **Pier Camillo Pavesi**, Medico Cardiologo, "bisogna pensare anche ad applicativi gestionali in cui la telemedicina sia parte integrante, che siano finalizzati a semplificare il lavoro del medico di medicina generale abbattendo i carichi burocratici e semplificandogli il lavoro, per esempio attraverso l'integrazione con i CUP. I nuovi applicativi di gestione del paziente nel post Covid non potranno prescindere da una parte di telemedicina, ma soprattutto devono avere dei sistemi di usabilità e di ergonomia integrati con la comunicazione a distanza con il paziente".

► **Il valore del dato clinico**

Digitalizzazione però vuol dire porre maggiore attenzione al valore del dato clinico del paziente.

L'utilizzazione delle nuove tecnologie dovranno rispondere a questo e altri principi.

"Prima di tutto scegliere con accuratezza il fornitore è fondamentale, e il fornitore deve fornire una valutazione del rischio sul sistema informatico che si va a implementare - ha spiegato **Simona Custer**, Avvocato, Senior Associate A&A Studio Legale -. Anche la formazione è fondamentale rispetto a coloro che si troveranno a maneggiare i nuovi sistemi poiché devono sapere come funzionano e quali sono le cautele da tenere

in considerazione; i sistemi peraltro devono essere strutturati in modo da consentire l'accesso ai dati ai soli soggetti autorizzati a farlo, quindi sarà importante individuare chi sono i medici o gli infermieri, per esempio. La formazione del personale è fondamentale dunque circa l'uso dei *software* e della strumentazione sui principi di protezione del dato e della sua conservazione. Tutte queste informazioni devono anche essere rese note agli interessati: i pazienti prima del trattamento devono essere informati con un linguaggio semplice e chiaro sul trattamento e sui sistemi coinvolti. Invece, rispetto alle misure di sicurezza da adottare per garantire la tutela del dato, c'è al momento un vuoto normativo. Il consiglio - conclude l'avvocato - è prendere spunto e visionare le linee guida sul fascicolo sanitario elettronico che fornisce le misure di sicurezza utili, sperando che prima o poi si faccia chiarezza e ci siano sempre più indicazioni per poter gestire al meglio tutti i processi del trattamento dei dati".



# Un bilancio della presa in carico della cronicità e fragilità in Lombardia

“La presa in carico della cronicità e fragilità in Lombardia: nascita, evoluzione ed esiti di una riforma” è il titolo del libro di Giuseppe Belleri Mmg a Flero (BS) che ripercorre l’iter della riforma, utilizzando come framework analitico il ciclo delle politiche pubbliche per una prima provvisoria valutazione dei suoi esiti. Un testo che, secondo la prefazione di Antonio Bonaldi, past president di Slow Medicine, non solo dovrebbe essere letto da tutti i medici, ma costituire il vademecum per tutti coloro che hanno la responsabilità di decidere e l’opportunità di guidare il cambiamento verso un futuro migliore

Il volume scritto dal dottor **Giuseppe Belleri** non rappresenta solo un ‘compendio’ o una riflessione sulla sperimentazione di una riforma regionale inerente la presa in carico delle cronicità e fragilità, ma, per dirla con le parole di **Antonio Bonaldi**, past president di *Slow Medicine*, che ha scritto la prefazione del libro: “offre una approfondita analisi degli elementi culturali, dei presupposti concettuali, degli schemi interpretativi e dei principi metodologici che sottendono alle nuove istanze di salute e ai diversi modi in cui i servizi sanitari si propongono di gestirle”. Un’analisi che assume una valenza ancor più rilevante in quanto realizzata

da chi opera nel e sul campo.

“L’attuazione di una riforma - scrive Belleri nella presentazione del suo volume - lungi dall’implicare la mera esecuzione di istruzioni tecniche *top-down*, si configura anche come un’indagine pratica, come un processo di scoperta e di ricerca sul campo che fa emergere informazioni ‘sommese’ e caratteristiche sconosciute del contesto. Una riforma è una sorta di esperimento che genera nuova conoscenza nel momento in cui sottopone alla prova dei riscontri empirici la teoria causale, le premesse cognitive spesso implicite e i meccanismi applicativi del programma. La riforma si è rivelata anche una sorta di stress test organizzativo e sociale per i comparti del Ssr coinvolti ed i suoi esiti un banco di prova per verificare la bontà e l’efficacia della teoria dell’intervento, in funzione delle reazioni degli attori e dell’impatto a breve termine sui servizi”.

## ► Riforma e pandemia

“Infine - continua l’autore - è inevitabile una considerazione sull’e-

voluzione dello scenario epidemiologico conseguente allo *tsunami* Covid-19. La risposta organizzativa del sistema ha accentuato la *mission* ospedaliera a farsi carico degli eventi acuti ed emergenziali, tanto da chiedere il supporto delle cure primarie per arginare sul territorio l’ondata pandemica e proteggere le strutture assediate da SARS-CoV-2; l’ospedale si è ristrutturato nel segno del ‘ripiegamento’ su se stesso, della chiusura verso l’ambiente, con rinvio di prestazioni e ricoveri, per fronteggiare la perturbazione pandemica. Una strategia gestionale agli antipodi rispetto al disegno programmatico della PiC (Presa in carico del paziente Cronico) che andava in direzione opposta, ovvero proponeva di trasferire una parte della cronicità dal territorio al nosocomio. Una scelta strategica rivelatasi irrealistica e impraticabile nell’anno che verrà ricordato come d’esordio della più grande ‘rivoluzione’ epidemiologica dell’ultimo secolo, segnando probabilmente anche una crisi irreversibile di una PiC così concepita”.



# AGGIORNAMENTI



## ■ EMERGENZA-URGENZA

*Nuove linee guida per la rianimazione cardiopolmonare*

## ■ MALATTIE RESPIRATORIE

*Prevenzione dell'influenza, al via la campagna ad inizio ottobre*

## ■ MEDICINA COMPLEMENTARE

*Risorse dell'agopuntura nell'anziano*

## ■ MEDICINA GENERALE

*Riduzione dell'impatto di Covid-19 con la medicina proattiva*

## ■ ONCOLOGIA

*Evitare chemioterapie inutili nel tumore del seno*

## ■ VIROLOGIA

*Classificazione del rischio di spillover dei virus*

## ■ EMERGENZA-URGENZA

### Nuove linee guida per la rianimazione cardiopolmonare

Sulla base delle evidenze scientifiche più attuali sono state pubblicate dall'European Resuscitation Council (ERC), di cui fa parte integrante l'Italian Resuscitation Council (IRC), le nuove linee guida per la rianimazione cardiopolmonare.

"Il focus principale è concentrato sulla comunità, gettando le basi per una 'catena della sopravvivenza' che preveda, anche attraverso il diretto coinvolgimento dei cittadini, il rapido riconoscimento dell'arresto cardiaco, la chiamata al 112 (118), l'avvio delle manovre salvavita e l'uso del defibrillatore" - spiega a M.D. **Giuseppe Ristagno**, prof. associato di Anestesiologia, Università degli Studi di Milano e presidente di IRC.

Si stima che in Europa siano colpite da arresto cardiaco oltre 400.000 persone/anno (*Resuscitation 2020; 148: 218-26*). Si calcola che nel 33% dei casi sia possibile ripristinare la circolazione (*ROSC, return of spontaneous circulation*), ma le persone che sopravvivono dopo il ricovero sono l'8% dei casi totali. La percentuale di persone che assistono all'arresto cardiaco e che intervengono con le manovre salvavita è in media del 58% ma varia molto nei diversi Paesi. L'utilizzo dei DAE avviene solo nel 28% dei casi. "La

possibilità di sopravvivenza all'arresto cardiaco diminuisce del 10% per ogni minuto che passa" - osserva Ristagno.

Uno dei punti centrali del documento, è la formazione dei cittadini, il cui coinvolgimento è fondamentale per rendere più veloci ed efficaci i soccorsi. Gli esperti chiedono agli Stati di introdurre a scuola la formazione obbligatoria sul primo soccorso e di promuovere iniziative per formare quanti più cittadini possibile. Le persone formate, infatti, sono in grado di svolgere le operazioni necessarie in caso di emergenza, in attesa dell'arrivo dei soccorsi: riconoscere l'arresto cardiaco, chiamare subito il 112 (118), iniziare immediatamente le manovre salvavita, utilizzare il DAE, quando disponibile.

"Il ruolo dei Mmg è fondamentale per coinvolgere e sensibilizzare i propri assistiti sull'importanza di imparare le manovre di rianimazione cardiopolmonare, assicurandoli sul fatto che chiamando il servizio di emergenza saranno guidati nella procedura salvavita" - commenta Ristagno.

Chiediamo agli Stati europei di adottare tecnologie e applicazioni per cellulari, già in uso in alcuni Paesi, che consentano di allertare più rapidamente il 112 (118) e di geolocalizzare i defibrillatori disponibili

sul territorio per capire dove si trova quello più vicino. La stessa tecnologia consentirebbe di geolocalizzare anche i potenziali soccorritori, che si trovano in zona e che hanno dato la loro disponibilità a intervenire in caso di necessità".

#### ► Operatori sanitari

Nelle LG viene riportato un up to date sui farmaci da utilizzare in corso di arresto cardiaco, sulle tecniche e modalità di ventilazione del paziente e con quali presidi. Un importante focus è dedicato alla fase post-rianimatoria, con indicazioni sulla gestione dell'emodinamica del paziente, su come migliorare gli esiti neurologici e su come e quando emettere la prognosi. Inoltre, se in un recente passato la cura del paziente terminava alle dimissioni ospedaliere, oggi l'esperienza dimostra che queste persone presentano una serie di disturbi cognitivi-comportamentali che richiedono una sorveglianza attiva sino a 6 mesi/un anno, anche con valutazioni cognitive-comportamentali e supporti psicologici.

Queste novità previste dalle nuove LG sono già state inserite, anche su iniziativa di IRC, nel disegno di legge sul primo soccorso che è in attesa di una definitiva approvazione alla Commissione Igiene e Sanità del Senato, dopo aver già ottenuto il sì della Camera nel 2019.



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

## ■ MALATTIE RESPIRATORIE

### Prevenzione dell'influenza, al via la campagna ad inizio ottobre

**P**ubblicate in una circolare del Ministero della Salute le raccomandazioni su "Prevenzione e controllo dell'influenza" per la stagione 2021-2022. Vista l'attuale situazione epidemiologica relativa alla circolazione di SARS-CoV-2, il documento raccomanda di anticipare la conduzione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale, a partire dall'inizio di ottobre e, comunque, di offrire la vaccinazione ai soggetti eleggibili, in qualsiasi momento della stagione influenzale, anche se si presentano in ritardo per la vaccinazione.

#### ► **Fasce d'età e personale sanitario**

Poiché permane una situazione pandemica Covid-19, il documento raccomanda la vaccinazione antinfluenzale nella fascia di età 6 mesi-6 anni, anche allo scopo di ridurre la circolazione del virus influenzale fra gli adulti e gli anziani. Inoltre, al fine di facilitare la diagnosi differenziale nelle fasce di età a maggiore rischio di malattia grave, la vaccinazione antinfluenzale è fortemente raccomandata e può essere offerta gratuitamente nella fascia d'età 60-64 anni. La vaccinazione è fortemente raccomandata per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, che operano a contatto con i pazienti, e per gli anziani istituzionalizzati in strutture residenziali o di lungodegenza.

Per quanto riguarda l'elenco delle categorie per le quali la vaccinazione antinfluenzale stagionale è raccomandata e offerta attivamente e gratuitamente vengono riportati: le donne che all'inizio della stagione epidemica si trovano in gravidanza e nel periodo "postpartum" e i soggetti dai 6 mesi ai 65 anni di età affetti da patologie che aumentano il rischio di complicanze da influenza. La circolare raccomanda anche l'attivazione di campagne di informazione/educazione della popolazione e degli operatori sanitari coinvolti nella attuazione delle strategie vaccinali. Nello specifico si auspica di aumentare il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e sensibilizzare anche i medici specialisti ospedalieri, le associazioni dei malati, le associazioni dei cittadini e le associazioni per gli anziani sull'importanza della vaccinazione antinfluenzale nei pazienti a rischio anche, per incrementare la compliance vaccinale.

#### ► **Vaccini**

Nella riunione annuale (26 febbraio 2021), l'OMS ha raccomandato la seguente composizione del vaccino quadrivalente per l'emisfero settentrionale nella stagione 2021/2022:

#### ■ **Vaccini ottenuti in uova embrionate di pollo**

- A/Victoria/2570/2019(H1N1)

pdm09-like virus

- A/Cambodia/e0826360/2020 (H3N2)-like virus
- B/Washington/02/2019-like virus (lineaggio B/Victoria)
- B/Phuket/3073/2013-like virus (lineaggio B/Yamagata).

Nel caso dei vaccini trivalenti, l'OMS raccomanda l'inserimento del ceppo B/Washington/02/2019-like virus (lineaggio B/Victoria), in aggiunta ai due ceppi di tipo A sopramenzionati.

#### ■ **Vaccini ottenuti su colture cellulari**

- A/Wisconsin/588/2019 (H1N1) pdm09-like virus
- A/Cambodia/e0826360/2020 (H3N2)-like virus
- B/Washington/02/2019-like virus (lineaggio B/Victoria)
- B/Phuket/3073/2013-like virus (lineaggio B/Yamagata).

Nel caso dei vaccini trivalenti, l'OMS raccomanda l'inserimento del ceppo B/Washington/02/2019-like virus (lineaggio B/Victoria), in aggiunta ai due ceppi di tipo A sopramenzionati. Il nuovo vaccino conterrà, dunque, nuove varianti antigeniche di tipo A: quelle di sottotipo H1N1 (A/Victoria/2570/2019e A/Wisconsin/588/2019), nei vaccini ottenuti in uova embrionate di pollo ed in quelli ottenuti su colture cellulari, mentre quella di sottotipo H3N2 (A/Cambodia/e0826360/2020), sia nei vaccini ottenuti in uova sia in quelli ottenuti su colture cellulari.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile scaricare con tablet/smartphone il pdf della Circolare Prevenzione e controllo dell'influenza Stagione 2021-2022

## ■ MEDICINA COMPLEMENTARE

### Risorse dell'agopuntura nell'anziano

■ **Cecilia Lucenti**

Medico agopuntore

Presidente AMI - Associazione Agopuntura Medica Integrata

**P**arlare di terza età significa avere di fronte una fetta enorme della popolazione italiana con bisogni sanitari specifici a cui dare risposta; e quando lo stato di salute si deteriora la spesa sanitaria cresce.

Rispetto al passato gli anziani di oggi hanno condotto vite più sedentarie e medicalizzate, fattori che inevitabilmente si ripercuotono sul loro benessere. In anni più recenti si è chiarito come alcuni farmaci, con il passare del tempo e dell'età, possono generare effetti avversi e il problema non riguarda solo gli antinfiammatori ma anche i neurolettici e gli inibitori di pompa. Utilizzare alternative non farmacologiche diventa quindi importante, a beneficio sia dei pazienti che del Servizio sanitario nazionale.

#### ► **Miglioramento di vari parametri**

L'agopuntura nell'anziano offre una serie di risorse insperate, a cominciare dalla sua efficacia nella gestione del dolore osteoarticolare, dove storicamente eccelle e che permette di superare le fasi acute, di ridurre l'uso di farmaci e di protesi spesso evitabili.

Questo aspetto è solo la punta dell'iceberg di un trattamento che può migliorare diversi parametri: ormonali, immunitari, neurologici e circolatori e che consente una gestione atossica e rapida di molti disturbi tipici dell'anziano (insonnia, ansia, reflusso, disturbi della memoria, sindrome delle gambe senza riposo, acufeni) rappresentando un'alternativa affidabile di cura per diminuire l'uso di farmaci.

L'effetto dell'agopuntura deriva in modo riflesso dallo stimolo meccanico dei nervi e si manifesta nei diversi distretti somatici dove migliora il dolore e la disabilità ma anche, a livello endocranico, dove influenza circolazione e performance mentale. Lo stimolo distale sulle fibre di sensibilità e motricità, unito all'effetto vasomotorio centrale, è in grado di agire efficacemente su declino cognitivo, equilibrio, deambulazione e sistema vestibolare, parametri che sappiamo essere determinanti nell'influenzare un'aspettativa di vita in buona salute.

Il vero nodo non è l'efficacia, ormai comprovata dalla letteratura medica - oggi imponente per qualità e quantità - ma come riuscire a raggiungere questi pazienti.

#### ► **Medicina di Comunità e medico agopuntore**

In Italia, nelle diverse esperienze come quella dell'Ospedale di Piti-gliano in Toscana, si è dimostrato che i pazienti anziani utilizzano senza pregiudizi l'agopuntura avendone benefici fisici, psicologici e di percezione dello stato di salute. Oggi è più che mai necessario che ci si interroghi su come inserire nella Medicina di Comunità anche la figura del medico agopuntore, che è in grado di offrire, riducendo i costi, un contributo significativo alla qualità delle cure.

L'agopuntura è atossica, priva di interazioni con altre terapie, non necessita di *setting* particolari ma solo di piccoli aghi di metallo dal costo irrisorio. Le politiche sanitarie dovranno presto accorgersi dell'efficacia di questo mezzo semplice, testato con successo da secoli ma oggi validato anche dalla letteratura scientifica che ne ha verificato la piena compatibilità con la medicina occidentale, così che i medici possano essere incentivati allo studio e all'applicazione nella loro pratica quotidiana.

#### **Riferimento bibliografico**

- Hauer K, Wendt I, Schwenk M, Rohr C, Oster P, Greten J. *Stimulation of acupoint ST-34 acutely improves gait performance in geriatric patients during rehabilitation: A randomized controlled trial.* Arch Phys Med Rehabil 2011; 92(1): 7-14.

## ■ MEDICINA GENERALE

### Riduzione dell'impatto di Covid-19 con la medicina proattiva

**I**l Mmg che svolge un ruolo attivo nella gestione dei contatti con pazienti Covid è in grado di ridurre l'impatto dell'infezione sugli anziani e sui soggetti clinicamente più vulnerabili?

"Sì, lo è", scrive Maurizio Laffranchi, medico di medicina generale, Milano. Una convinta asserzione che, come spiega Laffranchi, si fonda sui risultati dello studio, pubblicato su *BMJ Open*, *Strategy to reduce adverse health outcomes in subjects highly vulnerable to Covid-19: results from a population-based study in Northern Italy*, che descrive una nuova strategia per ridurre l'impatto del Covid-19 sugli anziani e su altri soggetti clinicamente vulnerabili, dove i Mmg svolgono un ruolo attivo nella gestione dei pazienti ad alto rischio, riducendo gli esiti avversi per la salute.

Si tratta del primo studio basato sulla popolazione che include tutte le persone residenti in una grande area metropolitana del Nord Italia e si concentra sui pazienti ad alto rischio di mortalità da Covid-19.

#### ► Lo studio

"È uno studio di coorte retrospettivo sulla popolazione residente in provincia di Milano e Lodi (127.735 arruolati), di età superiore ai 70 anni, con condizioni croniche specifiche. Attraverso un algoritmo pre-

ditivo per rischio di mortalità globale, basato sulle caratteristiche demografiche e cliniche, gli arruolati sono stati stratificati in classi di livello di rischio di morte per infezione da Covid-19.

I pazienti con aumentato rischio di morte erano 127.735; i 495.669 pazienti non ad alto rischio non sono stati inclusi nell'intervento.

Il gruppo ad alto rischio è stato assegnato al Mmg per il triage telefonico e la consultazione. La coorte ad alto rischio è stata divisa in due gruppi in base all'intervento: non contattati vs contattati. Tra i soggetti ad alto rischio, 79.110 sono stati inclusi, ma non contattati dai loro Mmg, mentre 48.625 sono stati inclusi e contattati dai Mmg.

Le differenze tra il gruppo di intervento del Mmg attivo e il gruppo non trattato sono sorprendenti e hanno confermato un sistema informativo funzionante, particolarmente necessario nelle ondate epidemiche future.

I pazienti ad alto rischio contattati dai Mmg infatti hanno mostrato una riduzione del rischio del 50% di mortalità per Covid-19 e una riduzione del rischio del 70% di morbilità e ospedalizzazione per Covid-19 rispetto ai pazienti non contattati". Va considerato che il gruppo seguito dai Mmg ha ricevuto un vero trattamento multidisciplinare: atti-

vazione dei servizi sociali, valutazione precoce dei sintomi, monitoraggio dinamico della loro condizione, valutazione della comparsa di nuovi sintomi, modifiche delle terapie in atto, ecc. Solo una ampia gamma di trattamenti può spiegare un vantaggio così elevato.

#### ► Conclusioni

Quando si gestisce una crisi pandemica, è estremamente difficile decidere quale strategia adottare. Un ipotetico nuovo modello potrebbe utilizzare alcune misure esclusivamente sui soggetti più vulnerabili al fine di controllare i ricoveri e il rischio di mortalità. Sulla base dei risultati della ricerca, la possibilità di identificare precocemente i gruppi a rischio che possono richiedere una quarantena obbligatoria mirata a ridurre gli impatti negativi, può essere un percorso percorribile - scrivono gli autori dello studio.

Gli autori ribadiscono che l'intervento, che non ha richiesto alcun investimento economico e che ha valorizzato le competenze dei servizi di assistenza primaria integrati con gli ospedali e la rete dei Mmg, è una delle azioni di maggior successo, in termini di guadagni di salute, intraprese nell'ambito della salute pubblica durante la pandemia Covid-19.

#### BIBLIOGRAFIA

- Russo AG, Faccini M, Bergamaschi W, Riussi A. Strategy to reduce adverse health outcomes in subjects highly vulnerable to COVID-19: results from a population-based study in Northern Italy. *BMJ Open* 2021; 11(3):e046044.

## ■ ONCOLOGIA

### Evitare chemioterapie inutili nel tumore del seno

**L**a *good news* è che in Italia le donne che vivono dopo la diagnosi di carcinoma della mammella sono aumentate del 43% in dieci anni (da 581.373 nel 2010 a 834.154 nel 2020). La *bad news* invece è che nel nostro Paese ancora troppe pazienti ricevono chemioterapie senza averne reale necessità. Questo perché i test genomici che permettono di identificare le donne per cui la chemioterapia è utile, sulla base delle indicazioni contenute nelle più importanti linee guida, non sono ancora disponibili su tutto il nostro territorio (gratuità prevista solo in Lombardia, Toscana e nella Provincia Autonoma di Bolzano). Scontiamo un ritardo di almeno un decennio rispetto alle pratiche adottate in altri Paesi europei.

#### ► Test genomici fondamentali

“La ‘St. Gallen International Breast Cancer Conference’, che si è conclusa da poco, certifica ogni anno i più rilevanti avanzamenti nel trattamento del carcinoma della mammella - spiega **Giuseppe Curigliano**, Professore di Oncologia Medica, Università degli Studi di Milano e Direttore Divisione Sviluppo di Nuovi Farmaci per Terapie Innovative, IEO, Milano.

Quest’anno è stato posto il ‘consenso’ di 70 esperti sul ruolo fondamentale dei test genomici nell’evitare la chemioterapia nella maggior parte delle donne in postmenopausa con ca della mammella in stadio iniziale con linfonodi positivi. L’impatto sulla qualità di vita è enorme, perché vengono risparmiate inutili tossicità. Si tratta dell’aggiunta di un ulteriore tassello nella definizione della terapia più appropriata, visto che il gruppo di esperti di St. Gallen già da dieci anni, nelle linee guida, raccomanda questi test nella malattia in stadio iniziale ormonosensibile, senza espressione della proteina HER2 e senza coinvolgimento dei linfonodi.” Alle stesse conclusioni sono giunti anche gli esperti riuniti nel recente congresso “Sharing Progress in Cancer Care”.

“Circa il 25% delle pazienti con diagnosi di tumore del seno in fase iniziale, che esprime i recettori estrogenici ma non la proteina HER2 (ER+/HER2-), mostra interessamento dei linfonodi e due donne su tre sono in postmenopausa - afferma **Francesco Cognetti**, Presidente Fondazione Insieme contro il Cancro e Direttore Oncologia Medica Regina Elena di Roma. La grande maggioranza oggi è trattata con la chemioterapia,

anche per una comprensibile prevalenza di atteggiamenti prudentziali da parte dei clinici. I risultati dello studio indipendente di fase III RxPONDER forniscono una risposta ai dubbi che non possono essere risolti con i parametri clinico-patologici tradizionali”.

Lo studio ha coinvolto 5.083 donne (due terzi in postmenopausa) con tumore del seno in stadio iniziale (II-III), che esprime i recettori estrogenici ma non la proteina HER2, con coinvolgimento dei linfonodi ascellari (da uno a tre). “Le pazienti sono state sottoposte al test genomico a 21 geni Oncotype DX, in grado di stabilire, in base a uno specifico punteggio, quanto la neoplasia è aggressiva e la risposta alla chemioterapia - sottolinea Curigliano. Quasi il 92% delle donne in postmenopausa trattate con la sola terapia ormonale, a 5 anni, era vivo e libero da malattia invasiva, senza differenze significative rispetto alle pazienti che hanno ricevuto anche la chemioterapia (91,6%) dopo l’intervento”. Questi risultati stanno cambiando la pratica clinica e dimostrano che la grande maggioranza delle donne in postmenopausa può evitare la chemioterapia ed essere trattata solo con la terapia ormonale.



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

■ VIROLOGIA

## Classificazione del rischio di spillover dei virus

Con devastante chiarezza la recente comparsa e diffusione di virus zoonotici, tra cui Ebola e SARS-CoV-2, dimostrano che i virus di origine animale siano una minaccia reale per la salute pubblica globale. Il bilancio delle vittime e la perdita economica derivante dalla pandemia di Covid-19 ci ricorda chiaramente che siamo vulnerabili alle minacce virali zoonotiche. Sono dunque necessarie strategie per identificare e caratterizzare i virus animali che presentano il maggior rischio di spillover e diffusione negli esseri umani così da intraprendere interventi di salute pubblica. Con lo scopo di valutare sistematicamente nuovi virus di origine selvatica in termini di ricaduta zoonotica e

potenziale di diffusione, gli scienziati di UC Davis, Columbia University, hanno identificato i fattori di rischio virale, dell'ospite e ambientali più rilevanti che contribuiscono allo spillover e alla diffusione del virus zoonotico negli esseri umani. Nello specifico per ottenere il punteggio, lo strumento considera 32 fattori di rischio associati al virus e al suo ospite, come il numero di specie animali infette dal virus e la frequenza con cui gli esseri umani interagiscono con gli animali selvatici nelle aree in cui è stato rilevato il virus.

### ► SpillOver: Viral Risk Ranking

I ricercatori hanno anno quindi sviluppato un framework di classificazione del rischio e uno strumento web interattivo open source, "SpillOver: Viral Risk Ranking", che stima un punteggio di rischio per i virus originari della fauna selvatica, creando una valutazione comparativa. Utilizzando i dati provenienti dai test di 509.721 campioni di 74.635 animali nell'ambito di un progetto di scoperta di virus e registri pubblici di rilevamenti mondiali di virus, è stato classificato il potenziale di ricaduta di 887 virus della fauna selvatica.

I primi 12 virus erano tutti virus zoonotici conosciuti, come previsto. SARS-CoV-2 si è classificato al secondo posto tra il virus Lassa e il virus Ebola (*tabella 1*). Il principale

ospite animale per il virus Lassa è il ratto e si ritiene che l'ospite principale del virus Ebola siano i pipistrelli. I principali ospiti animali per SARS-CoV-2 sono sconosciuti, ma è stato scoperto che il virus infetta visoni, leoni e tigri ([www.livescience.com](http://www.livescience.com)). Ma data la sua attuale minaccia di portata mondiale per la salute umana, perché SARS-CoV-2 non è al primo posto? I ricercatori hanno affermato che il loro strumento classifica il potenziale per futuri eventi di ricaduta. Alcune informazioni importanti su SARS-CoV-2 rimangono sconosciute, come il numero di specie ospiti che infetta, e potrebbero occupare il primo posto quando i ricercatori ne apprenderanno di più.

"SARS-CoV-2 è solo un esempio di molte migliaia di virus che hanno il potenziale di riversarsi dagli animali agli esseri umani - ha affermato **Zoë Grange**, che ha guidato lo sviluppo della piattaforma. Dobbiamo non solo identificare, ma anche dare la priorità alle minacce virali con il maggior rischio di ricadute prima che si verifichi un'altra devastante pandemia. Il nostro strumento aiuterà scienziati e governi a valutare e comunicare il rischio, informando sulle azioni di priorità, prevenzione e controllo delle malattie. Il risultante elenco di potenziali patogeni identificherà gli obiettivi per nuove iniziative di contromisura contro i virus, che possono ridurre gli impatti economici e sulla salute delle malattie emergenti".

TABELLA 1

### Virus: valutazione del rischio

1. Lassa virus
2. SARS-CoV-2
3. Ebola virus
4. Seoul virus
5. Nipah virus
6. Hepatitis E virus
7. Marburg virus
8. SARS-CoV
9. Simian immunodeficiency virus
10. Rabies virus
11. Lymphocytic choriomeningitis virus
12. Simian foamy virus

### BIBLIOGRAFIA

- Grange ZL, Goldstein T, Johnson CK et al, PREDICT Consortium. Ranking the risk of animal-to-human spillover for newly discovered viruses. *Proc Natl Acad Sci USA* 2021; 118(15): e2002324118.
- SpillOver: Viral Risk Ranking <https://spillover.global>

# La settimana di un medico di famiglia

**Giuseppe Maso**

*Medico di famiglia - Venezia*

*Responsabile corso di Medicina di Famiglia, Università di Udine*

## Lunedì

Ansia, depressione, senso di smarrimento e mancanza di una visione di futuro sembrano essere le caratteristiche dell'epoca che stiamo vivendo. Mai come ora ci vengono rivolte domande di aiuto per l'incapacità di affrontare la vita. Situazione che sembra essere peculiare della società occidentale. Un mondo senza Dei che ha dimenticato la sua storia.

E noi prescriviamo farmaci per curare la mente e obbedendo alla *tecono-scienza*, che divide l'uomo in organi e la medicina in specialità, ci dimentichiamo che, come scrisse Emanuele Severino, "la mente originaria è la manifestazione stessa del modo". Il disorientamento dell'uomo occidentale difficilmente sarà curabile con psicofarmaci.

## Martedì

Stamattina ho constatato il decesso di Anna. Dimessa "guarita" dall'ospedale quattro giorni fa. Anna era demente con qualche disturbo del comportamento, non accettava la nuova badante, vagava per la casa e negli ultimi tempi era caduta più di una volta.

È stata accompagnata al pronto soccorso perché continuamente aveva bisogno del bagno e non si capiva perché, aveva eseguito un enteroclisma, non aveva infezioni urinarie e nemmeno vescica da stasi. Al PS sono stati eseguiti gli esami di routine e una radiografia del torace che ha messo in evidenza una falda di pneumotorace e per questo i sanitari hanno deciso di ricoverarla. La signora è stata ricoverata in pneumologia ma dopo aver eseguito un tampone per il Covid, che è risul-

tato negativo, è stata trasferita in cardiologia. Il trasferimento in un altro reparto è stato giustificato dal fatto che la pneumologia era dedicata ai malati Covid. Sempre per l'emergenza Covid nessun familiare ha potuto assistere la paziente che, agitata, rifiutava di nutrirsi, si lamentava e disorientata non capiva dove fosse. Anna è stata sedata, forse contenuta, le è stato posto un catetere vescicale a dimora, un catetere venoso centrale in femorale per la nutrizione parenterale e un drenaggio polmonare per il pneumotorace.

Quando è stata dimessa, perché guarita dal pneumotorace, era in stato stuporoso, immobile, con piaghe da decubito, con il catetere vescicale a dimora e con la sacca per la nutrizione parenterale. Le condizioni generali erano talmente peggiorate che il recupero è stato impossibile e la signora è deceduta. Anche questo caso ci suggerisce delle considerazioni.

- *La prima considerazione:* l'organizzazione degli ospedali è fatta per reparti specialistici, metafora della divisione del corpo umano in organi e parti di essi. Ma la somma degli organi non fa mai un essere umano. Curare un pneumotorace non vuol dire curare una persona che ha un pneumotorace. Non si può pretendere che un pneumologo sia in grado di affrontare casi complessi che esulano dalle sue competenze ma forse è da rivedere la divisione in specialità dei nostri ospedali, forse le specialità sono troppe, forse nei reparti strettamente specialistici sarebbe necessaria la presenza di internisti o geriatri, forse gli specialisti dovrebbero essere usati più spesso come consulenti e non dovrebbero farsi carico di casi con pluripatologia.

Noi medici di famiglia osserviamo impotenti l'inefficacia di un'organizzazione di questo tipo.

- *La seconda considerazione:* si percepisce che l'approccio all'anziano è inadeguato, l'atteggiamento nei suoi confronti è tipico dell'*ageism*, i medici che praticano sub-specialità non sono formati per un approccio olistico, tanto meno lo sono nei confronti di un anziano. È ogni giorno più evidente come manchi la componente umanistica nei programmi di formazione dei medici e questo si nota soprattutto nelle giovani generazioni.

- *La terza considerazione:* anche Anna è stata, come tante altre, vittima dell'epidemia di Covid pur non essendone affetta. Se avesse avuto l'assistenza dei familiari o se fosse stata appoggiata ad un reparto con personale addestrato per questo tipo di pazienti, non avrebbe avuto bisogno di essere pesantemente sedata, non avrebbe avuto bisogno di nutrizione parenterale, non avrebbe avuto bisogno di catetere vescicale, non avrebbe avuto piaghe da decubito e probabilmente sarebbe ancora tra noi.

### Mercoledì

- Una signora al mio infermiere: "C'è il dottore? Ho bisogno che mi prescriva un antibiotico". "Mi scusi, perché un antibiotico? Cosa è successo?". "È per il pesce rosso". "Come??" "Sì in farmacia non me lo danno senza ricetta". "Scusi, ma non può rivolgersi al veterinario?". "Me l'ha prescritto la signora che vende i pesci, e se il pesce muore sono sicura che mia figlia piangerà".

- La mia tirocinante mi ha fatto notare quanti problemi ortopedici si vedono in un ambulatorio di medicina generale e come questa branca della medicina sia così poco insegnata nel corso di laurea.

### Giovedì

La tecnologia sta cambiando e cambierà sempre di più la nostra professione. Ma se la professione non è in grado di governarsi

e lascia il comando alla biopolitica e alla sua amministrazione rischia l'annullamento. Nei primi due mesi di quest'anno abbiamo ricevuto da uffici vari novantotto email con innumerevoli allegati; è in atto una degenerazione informatica della nostra disciplina soffocata da norme che nella maggior parte dei casi nulla hanno a che fare con i risultati sulla salute dei nostri pazienti. La velocità di trasmissione va di pari passo con la velocità di distruzione della professione da parte della burocrazia.

### Venerdì

WhatsApp di una collega: "Nel mio ambulatorio nessun morto di Covid grazie al protocollo Cavanna, li seguo tutti io al telefono con farmaci, saturimetro e assistenza familiare. Questo conferma, se mai ce ne fosse ancora bisogno, che la Medicina Generale ha in sé una potenzialità enorme, evidenziata ancora di più dall'epidemia Covid. Peccato che si continui a non volerlo capire. Io sono stanchissima ma contenta di questi risultati. C'è poi tutto il resto da seguire. Buona notte".

### Sabato

- Una mia paziente cinese con cui ho estrema difficoltà a relazionarmi, lei non parla italiano e io non parlo il cinese, è venuta in studio per accompagnare la sorella che aveva bisogno di me. Non è mia paziente e neppure lei parla italiano. In qualche modo mi fa capire che vuole essere visitata da me perché sua sorella ha molta fiducia nel sottoscritto. Un'ulteriore dimostrazione, se ce ne fosse ancora bisogno, di quanto il linguaggio non verbale conti più di qualsiasi parola.

- Un continuo squillare del telefono per avere rassicurazioni sulla sicurezza del vaccino AstraZeneca. Sono giorni che tranquillizzo la gente impaurita da notizie imprecise e contrastanti. "Tranquilli non ci sono effetti collaterali importanti, fatevi il vaccino serenamente".

# Terapia del dolore in Medicina Generale

L'utilità di definire il dolore sulla base del meccanismo fisiopatologico che lo causa consente di trattare in modo mirato ed efficace il sintomo dolore

Massimiliano Franco - Medico di medicina generale, Pavia

**A**ttorno a un esame obiettivo mirato è possibile definire il dolore sulla base del **meccanismo fisiopatologico** che lo causa (si veda *M.D. 2020; 7: 30-33*).

Si sottolinea l'importanza di questo approccio che, caratterizzando il dolore sulla base della fisiopatologia, ci consente di scegliere il principio attivo da utilizzare in funzione del meccanismo causale del dolore.

Questa valutazione deve naturalmente coesistere con l'approccio diagnostico tradizionale, che ha lo scopo di individuare la malattia che provoca il dolore; poiché però questo processo può richiedere tempi anche lunghi, l'utilità del metodo che abbiamo proposto risiede nella possibilità di trattare in modo mirato ed efficace il sintomo dolore sulla base del suo meccanismo fisiopatologico, prescindendo dalla diagnosi eziologica, che indagheremo comunque attraverso il metodo tradizionale. Mentre le patologie che possono causare dolore sono centinaia, i meccanismi fisiopatologici del dolore sono pochi.

## Identificare il Pain Generator

Abbiamo imparato a definirli attraverso l'**esame obiettivo specifico** che ci permette di identificare il **Pain Generator**, cioè il punto della via sensitiva somato-sensoriale in cui nasce il sintomo dolore.

► **Dolore nocicettivo**: origina dalla scarica del **nocicettore** in un **tessuto periferico** (cute/sottocute/muscolo/ar-

tiolazione/viscere). Il dolore nocicettivo a sua volta può essere:

- **dolore nocicettivo infiammatorio**: il Pain Generator è il **nocicettore periferico**, che ha **soglia ridotta** per la presenza di infiammazione;

- **dolore meccanico strutturale**: dolore nocicettivo in cui **la soglia del nocicettore è normale** e questo scarica perché sottoposto a stimolazione sopra la soglia fisiologica (per esempio artrosi in fase non infiammatoria).

► **Dolore neuropatico**: il **Pain Generator** è localizzato nel **nervo periferico**, lesa, che diventa quindi sito di origine dello stimolo doloroso.

Nel corso della visita con il metodo abbiamo anche appreso come evidenziare la presenza di **allodinia** (sensazione fastidiosa o dolorosa in risposta ad uno stimolo che in condizioni fisiologiche non provocherebbe dolore). Questa può essere **primaria**, se determinata dall'abbassamento della soglia dei nocicettori nei tessuti periferici, oppure **secondaria** se dovuta a sensibilizzazione spinale.

La **sensibilizzazione spinale** è causata dal coinvolgimento, nella genesi del dolore, del sistema nervoso centrale (SNC). Tale coinvolgimento rappresenta il terzo sito in cui può localizzarsi il **Pain Generator**.

La possibile sede del **Pain Generator** può quindi essere:

- il **nocicettore tissutale** (dolore nocicettivo, infiammatorio o meccanico-strutturale);

- la **fibra nervosa lesa** (dolore neuropatico);

- il **sistema di modulazione spinale**.

L'identificazione del **Pain Generator** per-

mette di scegliere secondo un rationale ben preciso la terapia farmacologica.

## Razionale della terapia farmacologica

### ► Dolore nocicettivo infiammatorio

Il **Pain Generator** è localizzato nei tessuti periferici a livello del nocicettore, che presenta soglia abbassata per la presenza dei mediatori dell'infiammazione: prostaglandine e citochine proinfiammatorie. Di conseguenza la strategia terapeutica consiste nell'utilizzo di molecole che **riducono la sintesi** di questi **mediatori**, responsabili della riduzione della soglia del nocicettore, allo scopo di innalzarla. Ecco perché, in questo tipo di dolore, l'utilizzo di **FANS** - che riducono la produzione di prostaglandine - e di **steroidi** - che riducono la produzione di citochine - è la scelta terapeutica corretta sulla base del meccanismo fisiopatologico.

I **FANS** sono una classe eterogenea di molecole, con diversa selettività e potenza.

Vengono classificati in due categorie:

- **FANS non selettivi**: inibiscono sia COX 1 che COX 2, con diversi livelli di inibizione a seconda della molecola;

- **FANS parzialmente selettivi** su COX 2: agiscono preferenzialmente su COX 2, ma non esclusivamente su queste.

I FANS non selettivi, che interagiscono con COX 1, presentano frequentemente il rischio di **eventi avversi gastrointestinali**, poiché nella mucosa gastroenterica COX 1 svolge un ruolo determinante nella secrezione di muco e bicarbonati.

Tutti i FANS inoltre presentano il rischio

di potenziali **effetti avversi** a livello **cardiovascolare** e **renale**; il rischio cardiovascolare in particolare è legato all'inibizione di prostaciclina (PGI<sub>2</sub>), principale fattore antitrombotico prodotto nelle cellule endoteliali da COX 2.

Il rischio cardiovascolare è quindi correlato all'inibizione di COX 2, ma la potenza di inibizione di COX 1 e COX 2 è relativa: il più potente inibitore di COX 2 per esempio, è diclofenac, un FANS non selettivo. Il rischio cardiovascolare quindi non è solo a carico dei FANS selettivi ma è correlato alla potenza di inibizione di COX 2, appannaggio anche di alcuni FANS non selettivi.

In conclusione, nella prescrizione di FANS dobbiamo tenere presente che nessuna molecola permette di azzerare i rischi di effetti avversi gastrointestinali e cardiovascolari, e che il rischio gastrointestinale risulta correlato alla potenza di inibizione delle COX 1 mentre quello cardiovascolare alla potenza di inibizione delle COX 2.

Per quanto concerne gli eventi avversi gastrointestinali è bene ricordare che:

- tale rischio è determinato anche dalla somministrazione intramuscolare dei FANS, poiché il 90% del potenziale effetto gastrolesivo avviene per via sistemica e solo in minima parte per effetto diretto sulla mucosa tramite assunzione per os;
- se il contesto clinico rende necessaria la somministrazione di inibitori di pompa protonica, questa deve essere prolungata di qualche giorno rispetto al termine della somministrazione di FANS. Ciò a causa dell'effetto *rebound* che si instaura alla sospensione di IPP, con incremento della produzione di protoni da parte della mucosa gastrica, a fronte di una lenta ripresa della produzione di muco e bicarbonato alla sospensione di FANS.

### ► Dolore meccanico strutturale

Il *Pain Generator* è localizzato nel **nocicettore tissutale**, che presenta una **soglia normale**. In questo tipo di dolore non è presente infiammazione, per cui la soglia del nocicettore non è ridotta

(è assente infatti allodinia primaria). L'utilizzo dei FANS quindi non è appropriato, perché non è presente infiammazione, mentre è utile l'impiego di antidolorifici puri (ad esempio paracetamolo o oppiacei deboli come codeina e tramadolo).

Il paracetamolo è un antidolorifico con uno scarsissimo effetto di inibizione della sintesi di prostaglandine, per cui non rientra nella categoria dei FANS.

### ► Dolore neuropatico

La lesione della **fibra nervosa**, sede del **Pain Generator**, provoca l'espressione di **canali arcaici per il sodio**, voltaggio-dipendenti, presenti fisiologicamente solo in epoca fetale. Si tratta di **canali instabili** che determinano la nascita di potenziali d'azione ectopici ad elevata frequenza, causa della genesi del dolore neuropatico. Identificato in questa sede il *Pain Generator* attraverso l'esame obiettivo, la scelta della terapia cadrà su molecole che **bloccano i canali del sodio** voltaggio-dipendenti: la **carbamazepina** (impiegata ad esempio nella nevralgia del trigemino), la **lamotrigina** e la **fenitoina** sono farmaci utilizzati per il trattamento di questo tipo di dolore.

La fibra lesionata inoltre determina modificazioni a livello della **sinapsi spinale**, dove si verifica un **incremento dei canali del calcio voltaggio-dipendenti** tipico del dolore neuropatico; ciò contribuisce alla genesi di questo tipo di dolore attraverso una trasmissione aberrante nel midollo spinale. Gli **alfa-2-delta-ligandi (gabapentin, pregabalin)** agiscono inibendo i canali del calcio voltaggio dipendenti attraverso molteplici meccanismi.

Ne evidenziamo due: essi formano un legame ad alta affinità con la subunità alfa-2-delta, che costituisce la parte esterna di questi canali ionici, inibendo il rilascio di neurotrasmettitore; inoltre riducono il riciclo della subunità alfa-2-delta ed il suo riciclaggio, riducendone l'esposizione extracellulare e quindi l'effetto. Tali meccanismi spiegano due caratteristiche fondamentali

nell'efficacia di questi farmaci.

Da un lato essi agiscono solo in presenza di un aumento della concentrazione dei canali del calcio, quindi sono efficaci nel dolore neuropatico ma non in quello infiammatorio, in cui il numero di tali canali è invariato.

Inoltre, agendo in parte grazie alla rimodulazione della loro esposizione, l'effetto terapeutico non è veloce ed il farmaco necessita di somministrazione per tempi medio-lunghi.

### ► Amplificazione spinale

A livello del midollo spinale intervengono sistemi di modulazione degli impulsi dolorifici che, attraverso vari meccanismi, riducono gli stimoli dolorosi afferenti sensitivi che raggiungono la corteccia sensitiva. La persistenza di treni di impulsi afferenti per lungo tempo determina la progressiva perdita dell'efficacia di questi sistemi, causando l'amplificazione degli stimoli dolorosi.

L'amplificazione si può instaurare sia per un dolore di tipo nocicettivo che di tipo neuropatico, cosicché il sistema nervoso centrale diviene un'altra possibile sede del **Pain Generator**.

Riconosciamo il coinvolgimento di questo sito della via somato-sensoriale come *Pain Generator* quando l'esame obiettivo ci consente di evidenziare **allodinia secondaria**.

Molte categorie di farmaci intervengono a questo livello della via somato-sensoriale.

- **Paracetamolo**. Si tratta di un profarmaco che agisce sul sistema nervoso centrale con il suo metabolita AM404. Esso non ha alcuna azione sul nocicettore periferico, ma ha un effetto centrale su più siti. A livello della sinapsi spinale incrementa l'effetto analgesico del più potente cannabinoide endogeno, l'anandamide. Il metabolita del paracetamolo si accumula a livello delle corna posteriori del midollo spinale ed inibisce la ricaptazione di anandamide, potenziandone l'azione di modulazione spinale del dolore.

• **Oppioidi.** Agiscono sulle corna posteriori del midollo spinale in due siti: a livello presinaptico, dove inibiscono i canali del calcio voltaggio-dipendenti - la cui apertura è necessaria al rilascio del neurotrasmettitore - ed a livello post-sinaptico, dove la stimolazione dei recettori per gli oppioidi determina l'apertura dei canali al potassio, che provoca iperpolarizzazione del neurone spinale e la sua conseguente ridotta eccitabilità.

Per usare una metafora efficace, gli oppioidi rendono il neurone pre-sinaptico muto e quello post-sinaptico sordo, determinando una ridotta trasmissione degli impulsi a livello della sinapsi delle corna posteriori, con conseguente riduzione dei treni di impulsi dolorosi.

• **Antidepressivi.** Le vie discendenti inibitorie, che originano dal grigio periacqueduttale e dal *locus coeruleus* del tronco dell'encefalo, inviano le loro fibre alle corna posteriori del midollo spinale. I neurotrasmettitori che determinano la modulazione inibitoria di questo sistema sono serotonina e noradrenalina; attraverso l'inibizione della ricaptazione di serotonina e noradrenalina - determinata dagli antidepressivi SSRI e SNRI - questi farmaci potenziano il sistema inibitorio discendente del SNC, con effetto antalgico.

### ► Dolore muscolare

Il dolore muscolare rappresenta un particolare tipo di **dolore nocicettivo**, determinato dalla scarica dei nocicettori localizzati a livello dei muscoli scheletrici. Esistono due tipi di dolore muscolare.

• **Dolore muscolare lesivo:** si tratta del dolore che insorge durante un lavoro muscolare. È determinato dalla lesione delle fibre muscolari sottoposte ad un carico di lavoro eccessivo.

La lesione delle fibre determina **infiammazione**, spesso accompagnata da contrattura muscolare. In questo tipo di dolore è quindi razionale l'utilizzo di **FANS** poiché è presente flogosi; se a questa si aggiunge contrattura muscola-

re, l'associazione di **farmaci miorilassanti** coadiuva i FANS nel controllo del dolore. Ecco un esempio di **effetto sinergico** tra principi attivi diversi che agiscono su due meccanismi fisiopatologici distinti della genesi dello stesso dolore.

• **Dolore muscolare riparativo:** è il dolore muscolare che insorge a distanza di qualche ora dal lavoro muscolare. È causato dalla produzione di cataboliti connessi al lavoro muscolare intenso; non c'è lesione delle fibre muscolari e **non è quindi presente infiammazione**. Spesso si associa contrattura muscolare. I meccanismi fisiopatologici che determinano l'insorgenza di dolore non sono legati alla flogosi: l'utilizzo di FANS in questo tipo di dolore muscolare non è quindi appropriato. Risulta razionale invece l'utilizzo di antidolorifici puri, tipo paracetamolo e/o oppioidi deboli (codeina, tramadolo) associandoli, se è presente contrattura muscolare, a miorilassanti ad azione centrale (**eperisone, ticolchicoside, ciclobenzaprina**).

### ► Terapia topica

È possibile utilizzare alcuni principi attivi a livello locale, che vanno scelti sulla base della fisiopatologia del dolore, esattamente come avviene per i farmaci per uso sistemico.

La **lidocaina** per uso topico è efficace nel trattamento della nevralgia post-erpetica: si tratta di una molecola attiva nel trattamento del dolore neuropatico poiché blocca - analogamente alla carbamazepina - i canali arcaici del sodio, iperespressi dalla fibra nervosa lesa.

Anche i **FANS** vengono utilizzati per la terapia topica del dolore di tipo nocicettivo infiammatorio, quando il nocicettore è superficiale e quindi aggredibile per via **transdermica**; va tenuto presente che una piccola parte del farmaco viene assorbita e passa per via sistemica, condizionando comunque un rischio di effetti collaterali, seppur decisamente più basso che nell'uso per os.

Merita una menzione la **capsaicina**, alcaloide presente nelle solanacee (esempio: peperoncino) utilizzata in ambito specialistico nel trattamento del dolore neuropatico. È un agonista del canale ionico TPVR 1, espresso sui nocicettori cutanei.

L'esatto meccanismo d'azione non è noto ma si ipotizza che l'attivazione dei canali TPVR 1 impedisca che le sostanze liberate nei tessuti periferici da fibre nervose danneggiate sensibilizzino i nocicettori sani. È stata dimostrata inoltre un'efficacia nel dolore di origine muscoloscheletrica attraverso altri meccanismi.

### ► Sinergia dell'effetto terapeutico

Come abbiamo visto nella trattazione dei vari tipi di dolore, caratterizzati dal meccanismo fisiopatologico che li determina, è possibile intervenire con più molecole che hanno come bersaglio **siti diversi** della via somato-sensoriale, coinvolti nella genesi del dolore.

Per esempio, è possibile utilizzare in associazione FANS ed antidolorifici nel dolore nocicettivo infiammatorio, intervenendo sia sul nocicettore periferico (con i FANS) che sulla sinapsi spinale, modulando la trasmissione dell'impulso doloroso (con paracetamolo e/o oppioidi deboli).

L'utilizzo di più principi attivi insieme, **complementari** per meccanismo d'azione (che quindi non agiscono sullo stesso sito della via somato-sensoriale), permette di potenziare l'azione antalgica delle due molecole, con un'efficacia finale che è superiore alla somma dei singoli effetti dei principi attivi utilizzati singolarmente.

Inoltre, la disponibilità di preparazioni che associano due molecole diverse nella stessa compressa, permette di migliorare, oltre all'effetto terapeutico, anche la compliance del paziente in terapia, con incremento dell'effetto terapeutico antalgico finale.

Bibliografia disponibile a richiesta

# Demenza a corpi di Lewy. Una storia di sincopi e nuvole

La descrizione di un caso, per qualche verso insolito, è utile ad insegnare e a stimolare la curiosità clinica sana, oltre che emozionare. C'è ancora altro, e tanto, da dire sulla demenza a corpi di Lewy e su altre forme di demenze, ma anche sulle singole storie di umana e amara sofferenza

**Ferdinando Schiavo** - Neurologo, Udine - [www.ferdinandoschiavo.it](http://www.ferdinandoschiavo.it)

**R**enato era un uomo che nel 2017 aveva 79 anni biologicamente ben portati, anche troppo, con quella schiena dritta e lo sguardo perennemente arcigno, sospettoso e indagatore *en pendant* con dei baffoni intimidatori ancora naturalmente neri. Una specie di Lee Van Cleef del Friuli.

Nessuna malattia di rilievo in anamnesi, non seguiva alcuna terapia. Da un paio di anni aveva cominciato a presentare qualche "caduta" (il significato delle virgolette si capirà dopo). La moglie e gli altri familiari non avevano saputo fornire dettagli preziosi su dinamiche, cause e fattori favorevoli, ma nel 2017 si appurò che si trattava di episodi di sicura perdita di coscienza di breve durata (verosimilmente sincopi post-prandiali) che divennero frequenti, anche fino a circa 5 al giorno, accompagnati dalla comparsa di iniziali disturbi del livello di attenzione a decorso fluttuante e un certo rallentamento nel cammino e nei movimenti.

Dopo l'ennesimo "svenimento" (il nome popolare delle sincopi), batté la testa e finalmente poté uscire dal limbo di incertezza che relega spesso i pazienti anziani quando perdono i sensi per pochi secondi, tra attese di accertamenti a volte inutili come l'elettroencefalogramma, la TC

dell'encefalo e l'ECG standard.

Fu così che venne ricoverato in un reparto di neurologia e sottoposto a una nuova TC dell'encefalo, esami del sangue, ECG, Eco-Doppler TSA, tutti nei limiti della norma. Dimissione con aspirina, in attesa di essere valutato presso l'ambulatorio dedicato ai disturbi cognitivi dello stesso reparto.

## Storia clinica

### ► Valori pressori...

Lì ho rivisto la storia clinica di Renato. Ho dovuto farlo.

*"Dottore, sono stata costretta a far venire mio cognato perché ogni volta che si alza sviene".*

E qui si scopre il "primo uovo di Colombo", un'importante differenza di pressione arteriosa tra Renato in posizione supina e poi, in qualche modo aiutato e protetto, in piedi (ortostatica): pallore impressionante e una drastica riduzione della pressione arteriosa sistolica e diastolica.

PA in posizione supina 150/80 mmHg → 80/40 mmHg in ortostatismo per tre minuti (sempre sostenuto), con modesta reazione tachicardica di compenso (il cuore può reagire o meno all'ipotensione aumentando la frequenza dei battiti), un dato che

giustificava pienamente e senza ombra di dubbio gli episodi sincopali posturali e soprattutto dopo pranzo (pancia piena, cervello vuoto...).

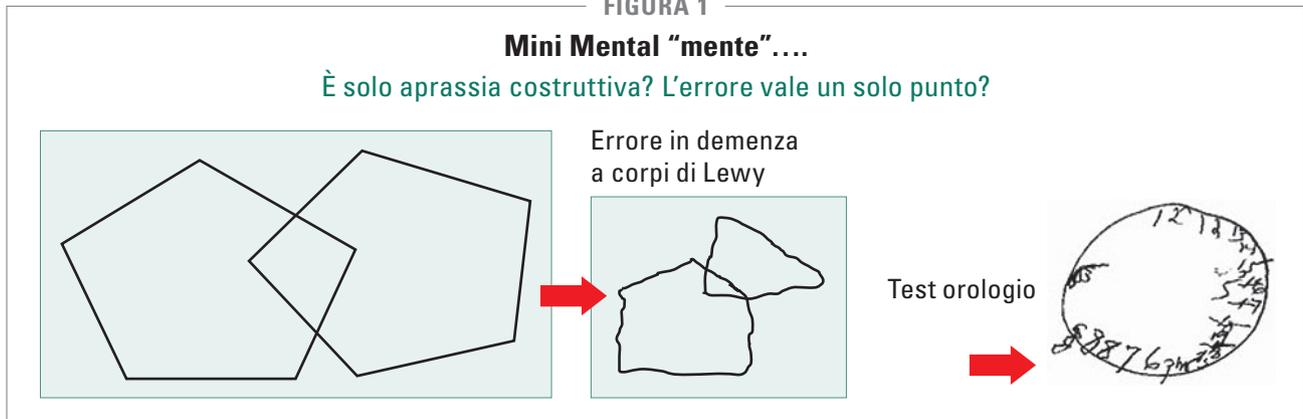
Per il resto, modesti segni di deterioramento cognitivo globale (MMSE 23/30) ma con perdita di punti "pesanti" fra cui la copia dei pentagoni, un test dell'orologio molto compromesso (*figura 1*), un lieve e diffuso rallentamento dei movimenti volontari e automatici nel cammino e nei gesti, ovvero ipo-bradicinesia globale senza tremori e che induce alla diagnosi di parkinsonismo, di grado lieve in questo caso.

### ► Accertamenti secondo le realtà locali e le priorità

Il paziente fu inviato a valutazione cardiologica ad hoc presso un piccolo ospedale della provincia dove un collega cardiologo non disdegnava di eseguire nello spazio di poche settimane di attesa una registrazione dell'ECG-Holter e un Tilt Test, per registrare senza ombre di dubbio le variazioni della PA e della frequenza cardiaca a un paziente supino, su un lettino a cui è saldamente legato, mentre passivamente lo si sposta dalla posizione supina a quella "in piedi" (*figura 2*).

ECG-Holter per un verso e Tilt-test per un altro documentarono quanto si era visto al banalissimo, di facilissima ese-

FIGURA 1



cuzione e poco utilizzato controllo della PA e della frequenza cardiaca, mediante un normale sfigmomanometro in qualsiasi ambulatorio o abitazione! Inefficace risultò una terapia con etilefrina; si mostrò attiva nel contenere sincopi e pre-sincopi quella con pindololo.

#### ► Le sorprese non sono finite

Al controllo ambulatoriale, due settimane dopo, nel sospetto e al cospetto di una diagnosi complessa, riuscii ad allontanare finalmente il paziente dall'ambulatorio affidandolo al fratello. Liberata l'anziana moglie del peso del controllo incessante e poliziesco

del marito, fu possibile scoprire attraverso poche e mirate domande che da circa un anno erano presenti allucinazioni complesse, vere e proprie orchestre che venivano sotto casa a far la serenata all'anziana moglie.

*"Dottore, mi guardi e mi creda! Sono una povera anziana malmessa. Come potrebbero venire degli spasimanti a farmi la corte e per giunta in questo modo? È come dice lei: alterna momenti di scarsa attenzione e memoria, di ore in cui sembra non capire quello che vede davanti agli occhi, a periodi che durano persino giorni in cui rassomiglia all'uomo che era dieci anni fa..."*

Non bastavano i musicanti: la loro scomoda e immaginata presenza determinava pure una reazione delirante di gelosia e di conseguenza discussioni continue, privazioni di libertà, stress sull'anziana moglie, la quale peraltro non aveva raccontato nulla al medico curante e poi ai colleghi durante la degenza, probabilmente per l'energica sospettosità del marito, ma anche perché... *"nessun medico mi aveva posto queste domande!"*.

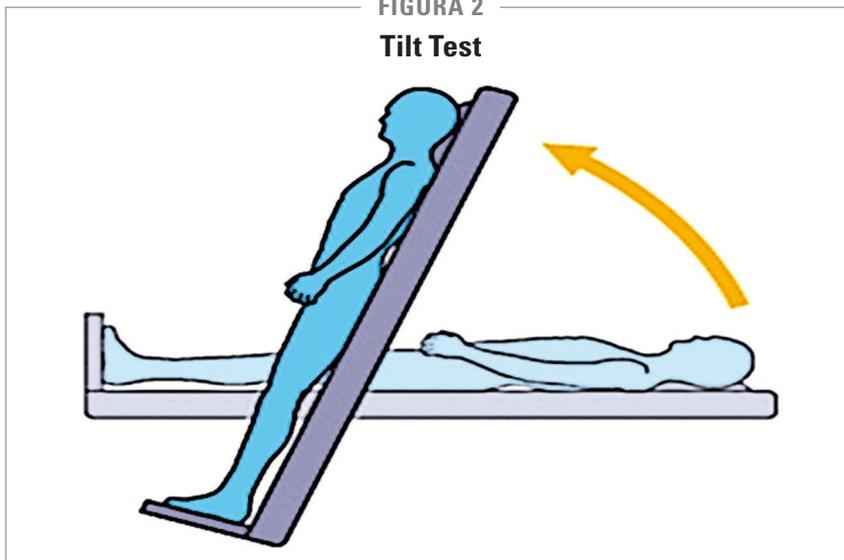
Ancora qualche domanda alla donna alla scoperta della presenza di altre eventuali "uova di Colombo", quell'altro: *"Sì, dottore, da due-tre anni è molto stitico. Il medico ci ha fatto fare ogni tanto una ricerca di sangue occulto nelle feci, sempre risultata negativa. Abbiamo cercato di ovviare con erbe, frutta e legumi, qualche supposta di glicerina... Ora che ci penso, mi ha picchiato qualche notte negli ultimi tre o quattro anni, di recente con una maggiore frequenza. Sembrava in preda a incubi. A vederlo sembra 'cattivo', ma in verità non mi ha mai toccata con un dito se non in queste circostanze che lei mi ha ricordato..."*.

E qualcuna al paziente:

*"No, ha ragione! Non sento bene gli odori... Non mi sento inutile, di peso agli altri. Insomma, non sono depresso. Non ho la gran voglia di fare come era una volta, ma frequentare gli altri mi interessa poco..."*

FIGURA 2

#### Tilt Test



► **La diagnosi possibile:  
demenza a corpi di Lewy**

Renato migliorò inizialmente in modo netto con un inibitore delle colinesterasi, la rivastigmina in cerotti, sia a livello cognitivo che parzialmente sul piano psichico. Non fu necessario prescrivere antipsicotici, peraltro spesso gravati da reazioni o scarsa efficacia, soprattutto in questa forma di demenza.

Circa un anno dopo, col peggiorare dei sintomi cognitivi e motori, in particolare di quelli comportamentali, in buona parte l'agitazione conseguente al mancato riconoscimento della propria casa e degli stessi familiari, si mostrò efficace la "formazione" di chi gli viveva accanto alle strategie non farmacologiche e poche gocce di trazodone la sera.

Renato si aggravò nei due anni successivi in tutte le componenti, compresa quella vegetativa: ricominciò a svenire in varie occasioni e con diversi fattori scatenanti fino a quando si decise di tenerlo "protetto" in sedia a rotelle, e questo anche per il concomitante aggravamento del parkinsonismo (ovviamente non curabile con i farmaci per la "vera" malattia di Parkinson). Morì nel 2019.

► **Focus: alterazioni vegetative**

Le alterazioni vegetative sono legate a disfunzione dell'apparato autonomo centrale (sistema simpatico e parasimpatico, ipotalamo, ecc) e in qualche modo agli organi interni, a quelli endocrini e di senso (tabella 2). Si tratta di funzioni che non comandiamo attraverso la volontà, come la PA e la frequenza cardiaca, la sensazione di caldo e freddo e la temperatura corporea, la stessa organizzazione del sonno, il peso corporeo, il senso della sete o della fame, magari orientata verso cibi dolci, oppure al contrario il rifiuto del cibo, il controllo degli sfinteri e gli impulsi sessuali. Per il sonno, si

TABELLA 1

**Demenza a corpi di Lewy**

*Punti essenziali*

- Alterazioni cognitive attentive, "visive"
- Fluttuazioni cognitive della vigilanza
- Allucinazioni visive
- Parkinsonismo (poco responsivo alla levodopa e raramente con tremori)
- Disturbi autonomo-vegetativi: sincope, incontinenza urinaria, stipsi, cadute, alterazioni comportamentale del sonno REM. Anosmia
- Deliri e altri tipi di allucinazioni
- **Ipersensibilità agli antipsicotici**
- Buona risposta terapeutica agli inibitori delle colinesterasi

pensi solo all'inversione del ritmo veglia-sonno oppure ai disturbi comportamentali e motori nel sonno REM (RBD, REM Behavior Disorders).

► **Riflessioni e commenti**

- Decisiva resta l'anamnesi, la raccolta della storia clinica! I familiari erano stati piuttosto imprecisi nel fornire dati importanti.
- La scoperta tardiva delle allucina-

TABELLA 2

**Alterazioni vegetative**

*Non tutte le demenze iniziano con un "buco di memoria"*

- Perdita di peso
- Alterazioni del controllo:
  - della fame e scelta dei cibi
  - della sete
  - della percezione del caldo, del freddo
  - della PA e/o della frequenza cardiaca
  - degli sfinteri
  - della sessualità
  - dell'architettura del sonno
- Perdita di peso
- Anosmia
- Stitichezza

zioni e della psicosi: responsabilità di noi professionisti e dei familiari.

► Un richiamo ai colleghi: e il banale controllo della PA in ortostatismo?

► Non sempre si riesce a convalidare quest'ultimo dato con un Tilt-test, forse per mancanza di tempo da parte dei cardiologi nell'eseguirlo (credo che questo comportamento vari secondo le realtà locali).

► La conferma del sospetto diagnostico è avvenuta anche attraverso una scintigrafia cerebrale, il DatScan, ma principalmente seguendo il decorso clinico, piuttosto "veloce" in ambito cognitivo e motorio, malgrado i miglioramenti dei primi mesi.

► Non basta essere neurologo, psichiatra, internista o geriatra, medico di medicina generale, per affrontare le forme di demenza più complesse! Accanto alle doti umane bisogna allargare lo sguardo e la competenza anche professionale.

Quanto tempo sprecato. Quanti altri neuroni perduti a causa delle alterazioni emodinamiche cerebrali da ipotensione posturale. Per riflessioni sui danni emodinamici cerebrali "da pressione arteriosa bassa" o, meglio, da un non perfetto controllo della pressione arteriosa negli anziani.

Ho voluto descrivere questo caso per qualche verso insolito e comunque utili a insegnarci qualcosa, a stimolare la nostra curiosità sana, a emozionarci. C'è ancora altro, e tanto, da dire su questa ed altre forme di demenze, sulle singole storie di umana e amara sofferenza. Vecchi sbagliati si diventa da bambini (ovvero, è nostra responsabilità fare prevenzione sin da piccoli sempre che le condizioni familiari, sociali ed economiche ce lo consentano), ma può accadere che vecchi sbagliati si diventi per responsabilità di chi dovrebbe prendersi cura di noi.

• *Tratto dal volume "Malati per forza", Maggioli Ed. - [www.perlungavita.it](http://www.perlungavita.it)*

# Misurazione della pressione arteriosa nello studio medico, a casa e in condizioni dinamiche nelle 24 ore

Pubblicate dalla Società Europea dell'Ipertensione le linee guida 2021 per la misurazione della PA nello studio medico, a casa e in condizioni dinamiche nelle 24 ore.

Un up to date dal profilo pratico facilmente fruibile nella pratica quotidiana

La misurazione accurata della pressione arteriosa (PA) è il prerequisito essenziale per una gestione appropriata dell'ipertensione, indipendentemente dalla tecnica utilizzata. Una metodologia inadeguata o l'uso di dispositivi imprecisi possono essere causa di diagnosi sbagliate, concludendo per una ipertensione sostenuta che non esiste, con la conseguente prescrizione di un trattamento non appropriato, o al contrario non riconoscendo un rialzo della pressione arteriosa che si manifesta nel corso della vita di tutti i giorni, ma non nello studio medico. Con i target pressori attualmente raccomandati dalle linee guida sull'ipertensione, l'accuratezza della misurazione della PA è diventata ancora più importante per ottenere un controllo ottimale e per la prevenzione degli effetti negativi di un trattamento eccessivo. Le attuali LG raccomandano un uso diffuso del monitoraggio ambulatorio delle 24 ore (Ambulatory Blood Pressure Monitoring - ABPM) e l'automisurazione domiciliare (Home Blood Pressure Monitoring - HBPM) per rilevare l'ipertensione da camice bianco (WCH), l'ipertensione mascherata (MH), l'ipertensione resistente e altre condizioni clinicamente importanti. Tuttavia, ad oggi la classificazione della PA, nonché la soglia e il target per il trattamento, sono basati sulla misurazione in ambiente clinico (Office Blood Pressure - OBP). Per fare chiarezza su questo tema e per riassumere le raccomandazioni essenziali per le misurazioni della PA per la pratica clinica dentro e fuori l'ambulatorio la Società Europea dell'Iper-

tensione (ESH) ha elaborato il documento di consenso "2021 ESH practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement".

**Gianfranco Parati**, Docente di Cardiologia all'Università degli Studi di Milano-Bicocca, Direttore della Cardiologia all'ospedale S. Luca, IRCCS Istituto Auxologico Italiano di Milano e Direttore Scientifico dello stesso Istituto, nonché firmatario del documento dell'ESH, ha illustrato a *M.D.* i contenuti, con una comunicazione estremamente pratica. Di seguito una sintesi della lesson visualizzabile in video.

## ▶ Accuratezza della misurazione della PA

Le evidenze hanno ormai dimostrato che la misurazione in ambiente clinico, sebbene fondamentale, non sia sufficiente da sola ed è basilare che sia affiancata alle altre due metodiche: automisurazione domiciliare e monitoraggio ambulatorio delle 24 ore. Qualunque sia la metodologia utilizzata, l'accuratezza della misurazione pressoria con l'ausilio di dispositivi affidabili è fondamentale. Gli strumenti automatici, nella maggior parte dei casi con metodica oscillometrica, non misurano i valori pressori, ma identificando la pressione media e calcolano con un algoritmo PAS e PAD. Per questo dovrebbero essere utilizzati solo dispositivi convalidati attraverso protocolli stabiliti (informazioni che possono essere ottenute nel documento ESH).

Un altro elemento è la scelta adeguata della misura del bracciale, che dipende dalla circonferenza del braccio di ogni in-

dividuo. L'uso di un bracciale troppo stretto o corto sovrastima i valori pressori, viceversa un bracciale troppo ampio o lungo può portare a una loro sottostima. Un ulteriore aspetto è che se la PA viene valutata utilizzando sia misurazioni ambulatoriali sia misurazioni esterne all'ambiente medico (HBPM o ABPM), ci si può trovare di fronte a quattro situazioni differenti, che è fondamentale identificare per definire il profilo di rischio del paziente:

- **normotensione:** valori nella norma per tutte le misurazioni, in ambiente clinico ed esterne;
- **ipertensione sostenuta:** valori elevati per tutte le misurazioni, in ambiente clinico ed esterne;
- **ipertensione da "camice bianco":** misurazione in ambiente clinico **valori elevati** ma in esterno **valori normali**; fondamentale da riconoscere, in quanto può indicare la presenza di una disregolazione del sistema;
- **ipertensione mascherata:** misurazione in ambiente clinico **valori normali** ma **elevati a casa o nelle 24 ore**; per esempio valori elevati di giorno o di notte come nel caso delle apnee ostruttive del sonno.

Le due metodiche *out of office* di riferimento (a casa o nelle 24 ore) sono entrambe vantaggiose, perché viene annullato l'effetto "camice bianco", ma se con l'automisurazione domiciliare il soggetto è seduto, a riposo, il monitoraggio ambulatorio delle 24 ore effettuato nella vita reale può dare dei valori diversi a seconda dell'attività del soggetto. In un mondo ideale sarebbero da

combinare entrambe in quanto forniscono informazioni che sono complementari e non alternative tra loro.

### ► Variabilità della PA

Il processo decisionale per l'ipertensione si basa su valori medi di diverse letture della PA ottenute dentro e fuori l'ambulatorio medico. Tuttavia, la PA è caratterizzato da fluttuazioni a breve termine (ABPM 24 ore su 24), a medio termine (HBPM giornaliera) e a lungo termine (misurazione in ambulatorio da visita a visita), che sono il risultato di complesse interazioni tra meccanismi regolatori cardiovascolari intrinseci e fattori ambien-

ti e comportamentali estrinseci. Queste fluttuazioni possono avere un significato clinico. Attualmente, la variabilità della PA rimane un argomento di ricerca, ma è un fenomeno da considerare, visto che un suo aumento eccessivo è stato correlato a complicanze cardiovascolari.

### ► Office Blood Pressure - OBP

La misurazione in ambiente clinico è il metodo maggiormente studiato, con forti evidenze a supporto del suo valore prognostico; ed è il più semplice, a patto di utilizzare, come accennato in precedenza, strumenti affidabili. Se viene usato l'anelloide una buona pratica è quella

di calibrarlo ogni 6 mesi; in alternativa si può utilizzare uno strumento validato elettronico. Alcuni device possiedono due bracciali - così da permettere la misurazione simultanea ad ambedue le braccia, raccomandata in occasione della prima visita ad un paziente - fornendo informazioni affidabili. In *figura 1* sono illustrate le caratteristiche pratiche per una misurazione corretta della PA in ambiente medico. Si raccomanda di eseguire almeno 3 misurazioni nel corso della visita, considerando la media delle ultime due; prima di prendere decisioni terapeutiche sono raccomandate almeno due visite. Nelle LG viene ribadita

FIGURA 1

### Misurazione della PA nello studio medico (OBP)

#### Device

- Utilizzare dispositivo elettronico automatico con manicotto applicato al braccio.
- Preferire un dispositivo che esegua automaticamente tre letture.
- In caso di indisponibilità di dispositivi automatici validati, utilizzare la tecnica auscultatoria con un dispositivo elettronico manuale (colonna con display LCD o LED che simula la colonna di mercurio, o manometro con display numerico digitale o aneroido di buona qualità). Sgonfiare a una velocità di 2-3 mmHg/sec. Usare 1° e 5° tono di Korotkoff per PAS e PAD, rispettivamente.
- Necessaria la manutenzione annuale del dispositivo.

#### Bracciale

- Selezionare la misura del bracciale in base alla circonferenza del braccio dell'individuo.
- *Dispositivi elettronici automatici*: selezionare la misura del bracciale in base alle istruzioni del dispositivo. Ogni dispositivo elettronico ha i propri bracciali, che non sono intercambiabili con quelli di altri dispositivi.
- *Dispositivi auscultatori manuali*: utilizzare un bracciale con lunghezza del manicotto pari al 75-100% della circonferenza del braccio dell'individuo e larghezza 37-50%.

#### Misurazioni

- 2-3 visite ambulatoriali con un intervallo 1-4 settimane sono solitamente necessarie per fare diagnosi.
- Alla visita iniziale misurare la PA in entrambe le braccia.
- Nei pazienti in trattamento in presenza di sintomi che suggeriscano ipotensione ortostatica e, in generale, negli anziani misurare la PA anche in posizione eretta.



No fumo, caffè, cibo, attività fisica nei 30 minuti precedenti la misurazione



Ambiente tranquillo e silenzioso



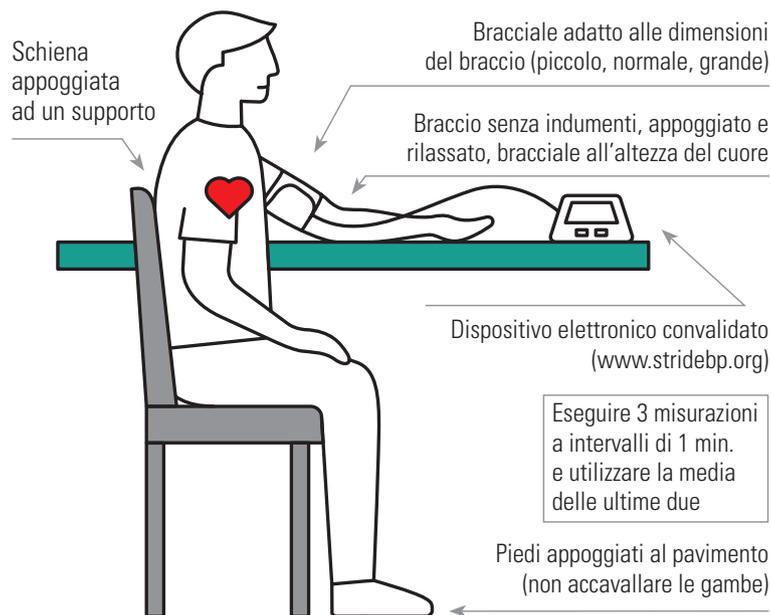
Temperatura confortevole



Paziente a riposo, seduto da almeno 3/5 min



Non parlare durante la misurazione



Mod da Stergiou G, Palatini P, Parati G, O'Brien E, Januszewicz A, Lurbe E, Persu A, Mancia G, Kreutz R. 2021 European Society of Hypertension Practice Guidelines for Office and Out-of-office Blood Pressure Measurement. *J Hypertens* 2021; Online ahead of print

TABELLA 1

## OBP: interpretazione valori pressori

Office PA (mmHg)	Diagnosi	Azione
PA normale (<130/85 mmHg)	Alta probabilità di normotensione	Pianificare misurazione dopo 1 anno (6 mesi in presenza di fattori di rischio)
PA normale-alta (130-139/85-89 mmHg)	Considerare "ipertensione mascherata"	Eseguire monitoraggio della PA a casa e/o ambulatorio nelle 24 ore. Se non disponibile confermare con ripetute visite ambulatoriali
Ipertensione di grado 1 (140-159/90-99 mmHg)	Considerare "ipertensione da camice bianco"	
Ipertensione di grado 2-3 (≥160/100 mmHg)	Alta probabilità di ipertensione sostenuta	Conferma entro pochi giorni o settimane* Utilizzare il monitoraggio della PA a casa o in condizioni dinamiche nelle 24 ore

\*Trattare immediatamente se la PA ambulatoriale è molto alta (ad es. 180/110 mmHg) e vi sono evidenze di danni agli organi bersaglio o malattie CV

Mod da J Hypertens 2021; Online ahead of print

l'importanza della misurazione della PA in stazione eretta soprattutto nei pazienti anziani, in particolare se l'anziano è in trattamento farmacologico. In *tabella 1* vengono segnalati i valori pressori di riferimento, la corrispondente diagnosi e le azioni da intraprendere sulla base delle LG di riferimento.

### ► Monitoraggio dinamico delle 24 ore

Nel corso del monitoraggio dinamico delle 24 ore viene raccomandato al paziente di effettuare le normali attività quotidiane, evitando però prestazioni fisiche intense o non usuali. La registrazione è programmata per effettuare misurazioni con intervalli di 15-20 min. durante il giorno e 20-30

min. di notte, così da avere circa 70/90 valori nelle 24 ore. Durante la misurazione il braccio deve rimanere steso e rilassato e va consigliato al paziente di riportare in un diario le attività svolte, gli orari dei pasti, l'ora e la durata del sonno, l'ora del risveglio, la terapia in atto ed eventuali sintomi. Nel documento viene riportata l'interpretazione dei valori pressori emersi dalla registrazione (*tabella 2*).

### ► Automisurazione domiciliare

I consigli pratici da suggerire al paziente per una misurazione corretta della PA domiciliare sono gli stessi della misurazione in ambiente medico, indicandogli di eseguire due misurazioni al mattino al risveglio a distanza di un

minuto circa e due alla sera prima di cena, da annotare su un diario per i sette giorni che precedono la visita medica. Importante anche in questo caso è la scelta di uno strumento validato. I vantaggi aggiuntivi offerti dalla tecnologia moderna sono la possibilità di memorizzare i valori misurati, di stampare le misurazioni o la trasmissione delle misurazioni al medico. I valori di riferimento sono leggermente inferiori rispetto a quelli misurati dal medico in ambulatorio (la media dei valori di pressione misurati a domicilio su una settimana quando uguale o superiore a 135/85 mmHg indica ipertensione). (P.L.)

TABELLA 2

## ABPM: valori soglia per la diagnosi di ipertensione

Media 24 h	≥130/80 mmHg	Criterio primario
Media diurna	≥135/85 mmHg	Ipertensione diurna
Media notturna	≥120/70 mmHg	Ipertensione notturna <sup>1</sup>
Riduzione della PA notturna a confronto con PA diurna (PAS e/o PAD)		
Diminuzione PA notturna	≥10%	Dipper <sup>1,2</sup>
	<10%	Non dipper <sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Applicabile solo se la differenza di PA giorno/notte viene calcolata utilizzando i tempi di sonno effettivi degli individui.

<sup>2</sup> La diagnosi deve essere confermata con la ripetizione della ABPM.

Mod da J Hypertens 2021; Online ahead of print

## BIBLIOGRAFIA

- Stergiou GS, Palatini P, Parati G, O'Brien E, Januszewicz A, Lurbe E, Persu A, Mancia G, Kreutz R; European Society of Hypertension Council and the ESH Working Group on Blood Pressure Monitoring and Cardiovascular Variability. 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. *J Hypertens*. 2021 Mar 11. Epub ahead of print.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Gianfranco Parati

# Amitriptilina nella pratica medica

La molecola vanta sessant'anni di uso nella pratica clinica quotidiana, con un ampio spettro di effetti terapeutici in molteplici condizioni cliniche

**Marco Ricchi** - *Medico di assistenza primaria, specialista in Endocrinologia, Viterbo*

L' amitriptilina è una molecola scoperta nel 1960, vanta 60 anni di uso da parte del medico nella pratica clinica quotidiana, conserva un ampio spettro di effetti terapeutici in molteplici condizioni cliniche. Nato come antidepressivo per la sua azione di inibire il reuptake di noradrenalina e serotonina, presenta anche una azione di blocco dei canali del sodio e dei canali del recettore per il glutammato (NMDA) coinvolti nel meccanismo di depolarizzazione assonale. Quest'ultimo meccanismo è descritto bene dai pazienti che adoperano la formulazione orale in gocce, i quali riferiscono un senso di intorpidimento e lieve anestesia della bocca e del palato.

Le sue indicazioni ufficiali sono la cura della depressione, l'uso nella profilassi dell'emicrania e della cefalea muscolo-tensiva, dolore neuropatico periferico, trattamento dell'enuresi notturna persistente nei bambini con età maggiore di sei anni. A queste si aggiungono la cistite interstiziale e l'intossicazione da ciguatera secondo i trattati nordamericani.

## ► Spettro di applicazione

In realtà lo spettro di applicazione si amplia lì dove andiamo a considerare molti disturbi appartenenti alla sfera psicosomatica, intendendo questi ultimi come un vero disagio e malattia fisica invalidante.

Un esempio tra tutte è la fibromialgia, che si caratterizza come uno stato di

tensione dolorosa permanente dei muscoli, tendini e legamenti con alterazioni microscopiche dei recettori di tensione di tali strutture. Le strutture del talamo, del cervelletto e della sostanza reticolare che funzionano come un complesso relè di contrazione e rilascio del sistema muscolare ai fini della deambulazione e della postura, subiscono una influenza dai centri corticali superiori, nel dettaglio ansia e depressione possono interferire nel tono muscolare innalzando il livello di tensione fino alla fibromialgia. In questa condizione l'uso di amitriptilina anche a basso dosaggio comporta un drammatico miglioramento dei disturbi dolorosi e della fatica cronica persino a salire le scale percepita dai pazienti, e se il disturbo è di recente insorgenza si può assistere anche alla risoluzione permanente dopo un trattamento di 6-12 mesi.

La sindrome della bocca urente è un disturbo frequente che costringe molti soggetti a richiedere visite specialistiche nella convinzione di avere un male incurabile, si recano spesso dal Mmg per mostrare bocca e palato nella convinzione che ci siano lesioni che giustifichino i disturbi; in questa situazione ho trovato risolutiva l'uso di amitriptilina al dosaggio di otto gocce la sera per uno-due mesi. Un raro caso di disturbo della percezione propriocettiva mi venne descritto da un paziente che aveva la sensazione di camminare con piedi di gomma o su cuscinetti di acqua, analoga

sensazione la provava nei glutei e spesso su dorso al contatto con il divano. Il disturbo era talmente invalidante che il soggetto era costretto a togliere le scarpe e calzini anche in ufficio, la risonanza magnetica della colonna lombare mostrava piccole protrusioni senza compressione midollare mentre l'elettromiografia sensitiva e motoria degli arti inferiori non presentava anomalie di rilievo, anche l'esame neurologico era negativo. La somministrazione di otto gocce di amitriptilina produsse un miglioramento del 60% dei disturbi già il giorno successivo, fino a raggiungere una risoluzione stabile dopo 60 giorni. Le disestesie o parestesie di origine psicosomatica sono disturbi frequenti nella pratica quotidiana, la sensazione di tela di ragno sul volto, o la sensazione di punture di spillo, il formicolio del cuoio capelluto, la pelle che brucia o il prurito localizzato o diffuso non accompagnato da dermatiti o eruzioni papulari qualora fossero permanenti e di impedimento al benessere quotidiano, e precedute da un esame neurologico negativo possono essere trattate con amitriptilina. Una sciatalgia mono o bilaterale e analogamente una cervico-brachialgia possono essere curate con amitriptilina anche evitando l'uso di antiinfiammatori o in associazione ad essi o quando l'uso di Fans e cortisonici sono controindicati. La nevralgia del trigemino è un disturbo che risponde bene al trattamento con amitriptilina.

# Essentials di medicina interna

L'aggiornamento delle conoscenze deve essere continuo e costante ed è dunque importante fornire ai medici il giusto strumento per ottenere il miglior risultato. Ed è questo l'intento del volume "Essentials di Medicina Interna. Principi e Pratica Clinica"

È con estremo piacere che pubblichiamo la presentazione della 2ª edizione del volume "Essentials di Medicina Interna. Principi e Pratica Clinica", il cui Editor in Chief è **Pasquale De Luca**, Dirigente Medico S.C. Medicina Interna e Lungodegenza Dipartimento Interdisciplinare, Ospedale "T. Masselli-Mascia", San Severo (Foggia), collaboratore di *M.D.* Il testo, molto ricco, vanta la Presentazione del Prof. Francesco Franceschi, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma e la Prefazione del Prof. Gianluigi Vendemiale, Università degli Studi di Foggia e la

collaborazione di numerosi CoEditors, clinici di tutto il territorio nazionale. La competenza e l'esperienza dell'Autore e dei suoi collaboratori sono palesemente testimoniate dalla cura e dall'equilibrio espressi in ogni capitolo.

Il volume è suddiviso in tredici sezioni, ciascuna delle quali affronta in maniera sistematica tutte le branche della Medicina Interna, descrivendo per ogni patologia la definizione e l'eziopatogenesi, il metodo clinico-strumentale finalizzato alla formulazione più appropriata della diagnosi e l'approccio più congruo al trattamento.

Anche se non è facile raccogliere, anzi contenere, in un singolo volume tutte le nuove tendenze farmacologiche e diagnostiche adatte alle esigenze del medico contemporaneo. Una sfida di grande portata, seppure supportata da notevole entusiasmo, se si pensa all'imponente massa di nozioni che affollano la scienza medica moderna, e che risponde alle necessità di una rapida fruizione da parte del medico di medicina generale e dello specialista ospedaliero.

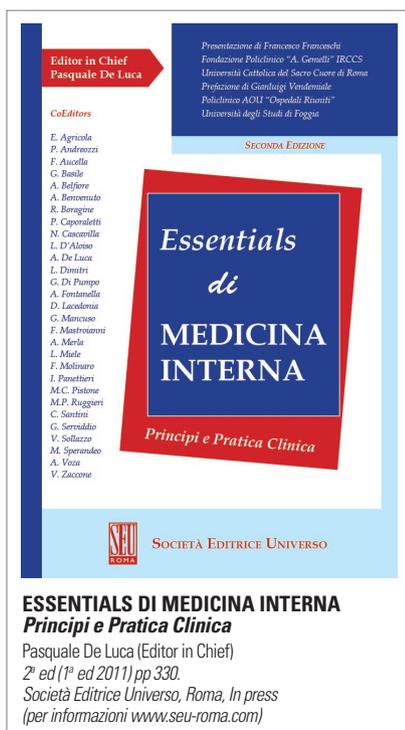
se, anche ai fini di un successivo approfondimento.

Merito dell'Autore è senza dubbio anche quello di aver voluto dare ampio spazio agli aspetti più strettamente clinici e più caratterizzanti ai fini diagnostici, con richiami continui agli aspetti semeiologici classici che devono costituire la base della conoscenza medica e che rimangono a mio avviso imprescindibili nella pratica clinica. In questo senso, sono perciò convinto che il grande impegno e determinazione del dr. De Luca, oltre al forte senso del dovere e all'entusiasmo con cui si dedica alla nostra difficile ma straordinaria professione medica, abbia prodotto un ottimo strumento operativo per la veloce interpretazione di situazioni cliniche anche complesse in vari contesti assistenziali, utile a studenti, specializzandi, medici di medicina generale e medici specialisti, ma rivolto anche ad operatori delle professioni sanitarie". È quanto si legge nella prefazione del Prof. Vendemiale.

*"Voglio concludere con una riflessione: la vita è una lunga lezione di umiltà ed un buon medico, prima di tutto, deve avere l'umiltà di saper ascoltare gli ammalati"* - è invece la chiosa di Pasquale de Luca.

## ► Un ottimo strumento operativo

"Si tratta di un'opera molto snella, ben organizzata e di facile consultazione, che riesce pertanto a compensare ottimamente la necessaria esigenza di sinteticità con la possibilità di individuare velocemente altri elementi diagnostici di interes-





# 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 C E METABOLISMO OSSEO



## INFEZIONI RESPIRATORIE E VITAMINA D



## ANTOCIANI NELLE PANNOCCHIE DI MAIS VIOLA



## ALOE, LIMITI DI IMPIEGO NEGLI INTEGRATORI



## GUIDA AI NUTRACEUTICI: L-TEANINA

## Vitamina C e metabolismo osseo

*Una recente review suggerisce che la salute delle ossa dipende anche dall'acido ascorbico*

■ Una review pubblicata su *Nutrients* e condotta da un gruppo di ricerca di Pavia suggerisce che la salute delle ossa dipende anche dalla vitamina C. Prima firma, **Mariangela Rondanelli**, endocrinologa e docente di Scienze e tecniche dietetiche all'Università di Pavia "Nei modelli animali si è dimostrato come l'acido ascorbico (Aa) sia un co-fattore essenziale per l'idrossilazione della prolina nella sintesi del collagene", sottolineano gli Autori. "Per quanto riguarda l'uomo, invece, non ci sono ancora evidenze precise sul ruolo nel mantenimento della salute delle ossa. Da qui la nostra decisione di operare una revisione dei dati oggi disponibili in letteratura sulla correlazione tra densità minerale ossea, as-

sunzione di Acido ascorbico con la dieta e suoi livelli ematici ed efficacia della supplementazione".

La dose/die raccomandata di Aa negli adulti è 90 mg per gli uomini e 75 mg nelle donne; 15-65 mg nei bambini in funzione dell'età. Quantità maggiori sono suggerite in gravidanza, durante l'allattamento e nei fumatori. L'apporto alimentare medio nell'adulto corrisponde a un livello plasmatico di circa 40-60 µM. Si parla di carenza, per livelli plasmatici inferiori a 11 µmol/L.

La review ha preso in esame 25 studi, di cui 15 sul legame tra assunzione con la dieta di Aa e densità minerale ossea (Bmd). Otto di questi hanno dimostrato una correlazione positiva su un totale di circa 10 mila donne in me-

nopausa e un effetto sinergico significativo tra intake di Aa e TOS concomitante. Questi dati sono stati confermati anche negli altri studi, su fasce d'età differenti, a partire dall'adolescenza, maschi compresi.

I quattro studi che hanno preso in esame il rapporto tra concentrazione ematica di Aa e Bmd (n= 337 pazienti), confermano una corrispondenza positiva.

#### ► Studi sull'integrazione

Per quanto riguarda gli studi sull'integrazione, ne sono stati presi in esame sei (n=2.671), di cui solo uno in cui la supplementazione era esclusivamente con Aa, mentre gli altri prendevano in esame un mix di Aa e vitamina E. Ha coinvolto 994 donne in postmenopausa, di cui 277 hanno ricevuto regolare integrazione, con un'assunzione giornaliera compresa tra 100 e 5.000 mg (dose media, 745 mg) per un periodo medio di 12,4 anni. Dopo aggiustamento di diversi fattori confondenti, i valori di Bmd per diafisi femorale, collo del femore e anca sono



risultati circa il 3% più alti tra coloro che avevano ricevuto integrazione.

Gli altri quattro studi in cui i pazienti hanno assunto Aa (500-1000 mg/die) insieme alla vitamina E hanno confermato un'attività positiva sulla salute delle ossa valutata con indicatori quali Bdm, vitamina D e telopeptide, marcatore di turnover osseo.

## Infezioni respiratorie e vitamina D

*Per prevenire infezioni delle vie respiratorie è utile una supplementazione nei soggetti a rischio di carenza*

■ La vitamina D è efficace nel prevenire infezioni delle vie respiratorie ma solo a dosi giornaliere comprese tra 400 e 1.000 UI: oltre non produce benefici aggiuntivi. Queste le conclusioni di una metanalisi (*Lancet Diabetes & Endocrinology 2021, online*) che ha completato così un'analisi della letteratura avviata nel 2017.

All'epoca, infatti, vennero presi in esame 25 trial clinici randomizzati per studiare la correlazione tra apporto di vitamina D e incidenza di infezioni respiratorie. L'evi-

denza, su circa 11mila persone coinvolte, fu di una protezione generale garantita dalla supplementazione di vit. D rispetto al placebo, in particolare tra quanti, al basale, presentavano una situazione di ipovitaminosi. I dati, oggi, si sono completati con l'aggiunta di ulteriori 18 studi clinici randomizzati (circa 50mila le persone esaminate).

La metanalisi ha concluso che l'integrazione con vitamina D, rispetto al placebo, determina una riduzione dell'8% del rischio di infezioni acute respiratorie, indipendentemente dai livelli basali. Non si rivelano necessarie dosi particolarmente elevate, considerato che l'effetto migliore, con una riduzione del rischio del 42%, si osserva con supplementazioni giornaliere tra 400 e 1.000 UI, di gran lunga più efficaci rispetto a quelle settimanali o mensili.

Secondo gli Autori, l'effetto della vitamina D potrebbe essere dovuto da una parte a un rafforzamento della risposta immunitaria antivirale innata e, dall'altra, a un'inibizione di quella infiammatoria. Nelle conclusioni, sottolineano come gli operatori sanitari dovrebbero valutare l'utilità di una supplementazione nelle persone a rischio di carenza, come popolazioni con scarsa esposi-



zione al sole, anziani e soggetti obesi o in sovrappeso. In questo caso, l'integrazione giornaliera sarebbe di supporto sia per la salute delle ossa sia nel contrasto alle infezioni respiratorie.

Una raccomandazione finale è di non trarre conclusioni da questa metanalisi rispetto alla pandemia in corso e all'infezione da Sars-coV-2, giacché non ve ne sono i presupposti e sono necessari studi dedicati.

## Antociani nelle pannocchie di mais viola

*Dal mais viola il pieno di antociani per i nutraceutici del futuro*

■ Recuperare gli antociani presenti nelle pannocchie di mais viola a scopo nutraceutico. È oggi possibile grazie un metodo di estrazione rapido ed economico messo a punto da un gruppo di ricerca dell'Università degli studi di Milano (*Acs Sustainable chemistry & engineering 2021, 10, 3781-91*). Il processo, del tutto eco-sostenibile, a rifiuti zero, consente anche di recuperare antociani per scopi nutraceutici e destinare il residuo esausto a un impiego come lettiera per animali.

Abbiamo chiesto spiegazioni a due dei ricercatori che hanno contribuito a sviluppare la tecnica, **Roberto Pilu** e **Fabrizio Adani**, del Gruppo Ricicla labs, presso il dipartimento di Scienze agrarie e ambientali dell'ateneo meneghino.

### ► Perché il mais

La granella rappresenta la parte edibile della pannocchia di mais per ciò che riguarda la nutrizione umana ma soprattutto la zootecnia. La produzione di granella, libera nel sistema agricolo una quantità notevole di biomassa vegetale: il tutolo di mais.

### ► Peculiarità del mais pigmentato

Negli ultimi anni diversi agricoltori hanno avviato la produzione di mais pigmentato sollecitati dal fatto che, secondo studi clinici, il consumo regolare di alimenti ricchi di antociani è associato a un ridotto rischio di malattie croniche piuttosto diffuse, come quelle cardiovascolari, il cancro, l'obesità e il diabete. Gli antociani coinvolti sono la cianidina-3-glucoside e la pelargonidina-3-glucoside, entrambe presenti nel mais viola.

### ► Come si distribuiscono i pigmenti?

Nel mais viola sono distribuiti quasi equamente: 55% granella, 45% tutolo, non commestibile. Le biomasse non alimentari come il tutolo di mais sono recalcitranti alla biodegradazione a causa del basso contenuto di acqua e della natura lignocellulosica dei suoi costituenti, organizzati nel-

la struttura rigida e compatta delle pareti cellulari. Queste caratteristiche rendono il tutolo di mais viola un materiale speciale, stabile nel tempo e ricco di antociani. Dunque, il tutolo, anziché un rifiuto, diviene una risorsa di valore.

### ► Tutolo di mais rosso

Contiene quantità significative di composti fenolici, compresi gli antociani, che possono ridurre significativamente l'incidenza di malattie croniche e migliorare la salute pubblica. In particolare, l'importanza di questi fitochimici è che esercitano attività antiossidante, antinfiammatoria, attività antitumorale e antimicrobica. Gli antociani mostrano anche proprietà anti-obesità e anti-diabetiche. Studi clinici hanno confermato che l'integrazione di antociani nell'uomo potrebbe migliorare le concentrazioni di colesterolo Ldl e Hdl. Tuttavia, le attività menzionate dagli antociani dipendono profondamente dal loro livello di assorbimento intestinale.

Il residuo di tutolo di mais rosso può essere utilizzato anche come materiale alternativo per produrre alimenti funzionali. Quindi si può concludere che il tutolo di mais rosso è in grado di fornire una fonte accettabile e non costosa di antociani con varie proprietà biologiche disponibili per usi nutraceutici.



## Aloe, limiti di impiego negli integratori

Stop dall'UE alla vendita dei derivati dell'idrossiantracene

■ Brusco stop alla vendita dei derivati dell'idrossiantracene, naturalmente presenti nell'aloë e nella senna, sulla base di un nuovo regolamento Ue.

Il regolamento europeo va a modificare quello del 2006 sull'aggiunta di sostanze agli alimenti, vietando anche, nell'ordine:

- aloë-emodina e tutte le preparazioni in cui è presente tale sostanza;
- emodina e tutte le preparazioni in cui è presente tale sostanza;
- preparazioni a base di foglie di specie di Aloë contenenti derivati dell'idrossiantracene;
- dantrone e tutte le preparazioni in cui è presente tale sostanza.

Messe sotto scrutinio invece:

- preparazioni a base della radice o del rizoma di *Rheum palmatum L.*, *Rheum officinale Baillon* e loro ibridi contenenti derivati dell'idrossiantracene;
- preparazioni a base di foglie o frutti di *Cassia senna L.* contenenti derivati dell'idrossiantracene;

- preparazioni a base di corteccia di *Rhamnus frangula L.* o *Rhamnus purshiana DC.* contenenti derivati dell'idrossiantracene.

Si prevede l'obbligo, per gli operatori del settore alimentare, di presentare dati scientifici che dimostrano la sicurezza della sostanza affinché l'intera procedura di rivalutazione si concluda entro 4 anni.



### Guida ai nutraceutici: L-teanina

■ L-teanina è un particolare aminoacido naturale la cui principale fonte è rappresentata dal tè. La struttura è molto simile a quella dall'amminoacido glutammina. Assorbita rapidamente a livello intestinale oltrepassa la barriera ematoencefalica e svolge la sua azione a livello del sistema nervoso centrale. L'azione sembra esercitarsi sul sistema gabaergico e su quello dopaminergico. Gli studi clinici ne evidenziano un'azione di mo-

dulazione del tono dell'umore, prevalentemente in direzione ansiolitica. Per i dosaggi attualmente utilizzati negli integratori (200-500 mg/die) non si segnalano problemi di sicurezza né di interazione con farmaci. Utile per la gestione di casi di distress, distimia lieve e di disturbi dell'attenzione, in particolare se correlati ad ansia (guarda la "videopillola" di **Arrigo Cicero** Presidente Sinut (Società italiana di nutraceutica).



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

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

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

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