

# M.D.

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

Anno XXIX, numero 3 - 2022

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

## IN QUESTO NUMERO

### PROFESSIONE 6

**Serve una formazione di qualità per una nuova generazione di medici**

### TRIBUNA 12

**Per favore, non sparate sul medico di famiglia**

### SAPER FARE 28

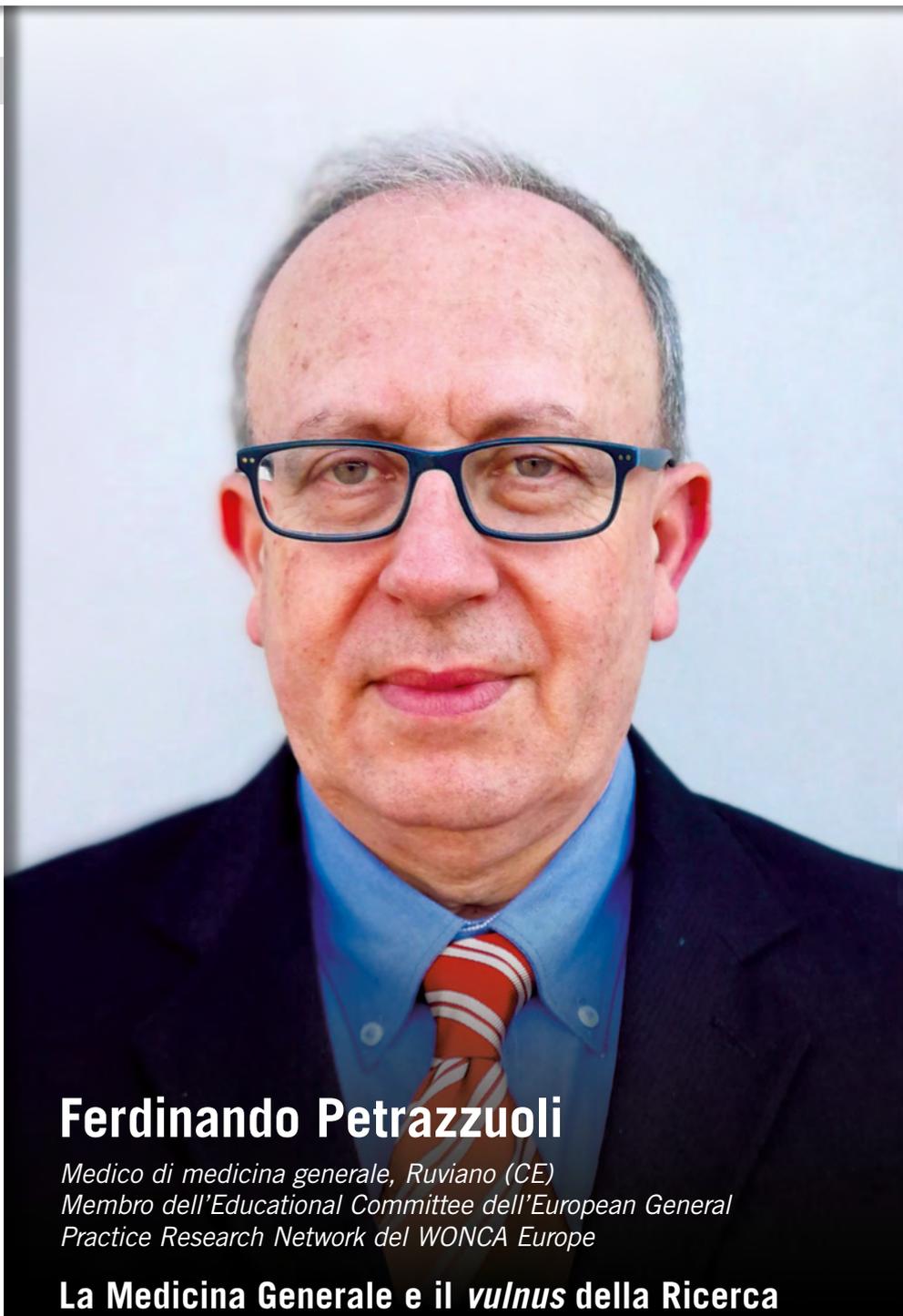
**Prima e dopo l'intervento chirurgico: il ruolo del medico di famiglia**

### RASSEGNA 31

**Cardiomiopatia da Covid-19: una nuova entità nosologica?**



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



## Ferdinando Petrazzuoli

*Medico di medicina generale, Ruviano (CE)  
Membro dell'Educational Committee dell'European General Practice Research Network del WONCA Europe*

**La Medicina Generale e il *vulnus* della Ricerca**

## M.D. Medicinae Doctor

Anno XXIX numero 3 aprile 2022

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

### Direttore Responsabile

Dario Passoni

### Comitato di Consulenza di M.D.

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

### Redazione

Patrizia Lattuada  
Anna Sgritto  
Livia Tonti  
Elisabetta Torretta

### Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

### Pubblicità

Teresa Premoli  
Sara Simone

### Passoni Editore s.r.l.

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

### Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia



RCP Ciproxin

# In questo numero

## ATTUALITÀ

■ <b>Prima pagina</b>	La Medicina Generale e il <i>vulnus</i> della Ricerca .....	5
■ <b>Professione</b>	Serve una formazione di qualità per una nuova generazione di medici .....	6
■ <b>Dibattito</b>	• Allarme carenza medici di medicina generale tra realtà e paradossi .....	8
	• Il paradosso è pensare che si possa fare a vita il Mmg senza alcuna formazione specifica ..	10
■ <b>Riflettori</b>	Cresce la fiducia nei medici di medicina generale anche tra i giovani .....	11
■ <b>Tribuna</b>	Per favore, non sparate sul medico di famiglia .....	12
■ <b>Contrappunto</b>	Riforma Cure Primarie, i medici scrivono alle Regioni .....	14
■ <b>Focus on</b>	Aderenza alle terapie, una piaga per il sistema salute .....	17
■ <b>Indagini</b>	Due italiani su tre sono 'pro-digital', ma non avrebbero ancora la maturità digitale .....	18
■ <b>Recensioni</b>	Casa della Salute/Casa della Comunità: una guida ad hoc .....	20

## AGGIORNAMENTI

■ <b>Algologia</b>	Gestione del dolore cronico nelle cure primarie .....	22
■ <b>Cardiologia</b>	ACC.22: news dal meeting americano di cardiologia .....	23
■ <b>Epatologia</b>	Nuova opportunità di trattamento per l'epatite Delta .....	24
■ <b>Iperensione arteriosa</b>	Iperensione da camice bianco non è così innocua .....	25
■ <b>Medicina delle migrazioni</b>	Profilo di salute e bisogni sanitari dei rifugiati ucraini .....	26
■ <b>Ortopedia</b>	Utilizzo delle cellule staminali mesenchimali .....	27

## CLINICA E TERAPIA

■ <b>Saper fare</b>	Prima e dopo l'intervento chirurgico: il ruolo del medico di famiglia .....	28
■ <b>Rassegna</b>	Cardiomiopatia da Covid-19: una nuova entità nosologica? .....	31
■ <b>Farmaci</b>	Glifozine e scompenso cardiaco .....	34
■ <b>Diagnostica</b>	Individuare le OSAS è una sfida .....	36
■ <b>Pratica medica</b>	Tachicardia posturale ortostatica .....	37
■ <b>Documenti</b>	Gestione condivisa della cronicità .....	38
■ <b>Monitor</b>	Burnout e depressione dei medici .....	39
■ <b>Osservatorio</b>	Agopuntura e trattamento delle dipendenze .....	42
■ <b>Rassegna da Nutrienti e Supplementi</b>	.....	43

# La Medicina Generale e il *vulnus* della Ricerca

**V**ista oramai la strutturale carenza di Mmg, lo sviluppo accademico della Medicina Generale (MG) potrebbe essere uno strumento per incrementare nei giovani medici l'attrazione verso tale Disciplina?

Questa è la domanda che M.D. *Medicinae Doctor* ha posto a **Ferdinando Petrazzuoli**, medico di medicina generale in Ruviano, un piccolo villaggio rurale dell'alto Casertano, membro dell'*Educational Committee* dell'*European General Practice Research Network* ([www.egprn.org](http://www.egprn.org)), network del *WONCA Europe*. Il dottor Petrazzuoli nel 2019 ha conseguito un dottorato di ricerca presso il *Center for Primary Health Care Research, Department of Clinical Sciences*, della prestigiosa università svedese di Lund, difendendo la sua tesi "*Dementia management in European primary care*" ed attualmente ricopre il ruolo di ricercatore post-doc presso il medesimo dipartimento (<https://portal.research.lu.se/en/persons/ferdinando-petrazzuoli/publications/>).

"Oggi la Medicina Generale (MG) in Italia - sottolinea Petrazzuoli - sta diventando sempre meno attrattiva per i giovani medici. I fattori che scoraggiano sono la burocrazia trasformata da burocrazia cartacea a burocrazia digitale, i carichi di lavoro, la mancata possibilità di carriera. La MG in Italia sta ancora cercando il pieno riconoscimento accademico a differenza della quasi totalità dei Paesi europei ove questo è già avvenuto da un pezzo, indipendentemente dallo *status* lavorativo del Mmg: convenzionato o dipendente. Lo sviluppo della Medicina Generale accademica può aiutare a rendere la disciplina più attraente per gli studenti di Medicina e dei giovani medici. La riforma delle cure territoriali dovrebbe prendere questo in considerazione, permettendo flessibilità di organizzazione del lavoro e lasciando ai medici di assistenza primaria, impegnati nell'insegnamento e nella ricerca del tempo protetto per poter svolgere questi compiti accademici. Il percorso accademico dovrà essere necessariamente uguale a quello delle altre discipline mediche accademiche partendo, quindi, con un dottorato di ricerca, per poi passare a una fase di ricercatore *post doc* in cui si continua a pubblicare su riviste indicizzate e con *impact factor* e si pratica un'attività di docenza. Step importanti per arrivare all'abilitazione scientifica nazionale a ruolo di professore associato e quindi professore ordinario. Purtroppo, soprattutto per noi italiani, il maggiore ostacolo è la totale mancanza di 'Tempo Protetto' per fare ricerca. Oltre a questo, vi è la mancanza di sostegno finanziario per far fronte alle spese, soprattutto se stai facendo il dottorato in un altro Paese (voli, vitto ed alloggio et cetera). Ma vi sono spesso anche altri fattori: mancanza di una buona padronanza della lingua inglese, mancanza di supporto da parte dei colleghi per svolgere la ricerca, mancanza di prospettive di carriera. Per chi voglia fare ricerca in MG avrà bisogno di molte sostituzioni nel suo lavoro di medico di famiglia. Non è purtroppo possibile fare un dottorato nei ritagli di tempo".

Detto ciò, Petrazzuoli tiene a evidenziare la peculiarità della Ricerca in MG. "La Ricerca in MG - precisa - è basata sulla definizione *WONCA* della Medicina di Famiglia/Medicina Generale in cui l'assistenza primaria è fortemente incentrata sulla persona e non sulla malattia, ed ha una prospettiva longitudinale nel tempo. La ricerca nelle cure primarie è, o dovrebbe essere, sempre vicina alla pratica quotidiana e le evidenze che emergono da questa ricerca dovrebbero sempre aiutare i medici di assistenza primaria a migliorare le cure dei loro pazienti. A tale riguardo bisogna tener presente che due pazienti su tre in cure primarie, oltre i 50 anni, hanno più di una malattia cronica, ma la maggior parte degli studi applicano criteri rigorosi per escludere soggetti con malattie diverse, pluripatologie, dalle ricerche e questo per ridurre il numero di fattori confondenti; ma l'esclusione di pazienti con multiple malattie croniche dagli studi può sì migliorare la precisione, ma diminuisce la rilevanza dei risultati che non sono applicabili alla pratica di tutti i giorni".

"I dati della letteratura mostrano che molto spesso le problematiche psicosociali ed esistenziali, che caratterizzano la Disciplina che esercitiamo - continua Petrazzuoli - sono i determinanti più importanti per gli esiti a lungo termine di molte malattie croniche, ma purtroppo vi è una grande sottovalutazione di questi fattori in Italia, nonostante la grande enfasi che viene data oggi alla così detta cura centrata sulla persona, e il più delle volte questi aspetti rimangono trascurati anche nella ricerca. Troppo spesso le competenze centrali della MG sono messo a repentaglio da fattori esterni come l'iper-regolamentazione, lo pseudo-efficientismo, un paranoico concetto di appropriatezza, tutti erroneamente basati su una gamma molto limitata e strabica di indicatori di qualità e soprattutto su una visione riduzionistica della condizione umana. E, in particolare, il sottofinanziamento di tutto il Ssn porta ad un inevitabile incattivimento delle relazioni tra i vari attori che ne fanno parte".



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

# Serve una formazione di qualità per una nuova generazione di medici

È forse questo il momento di pensare ad una riforma degli studi universitari che su autorevoli modelli stranieri introduca finalmente un percorso formativo obbligatorio al V-VI anno in MG per tutti gli aspiranti medici. Allo stesso modo si deve organizzare il percorso formativo per Mmg docenti e per i tutor seminariali

Mario Baruchello - Senior Editor Rivista QQ

**N**egli ultimi mesi abbiamo letto sulla stampa medica italiana un interessante e bizzarro dibattito a proposito di un nuovo modello di erogazione delle cure nella medicina generale. Esperti di sanità pubblica hanno proposto la dipendenza del medico di famiglia, una rivoluzionaria riorganizzazione con la costruzione di Case di Comunità ospitanti migliaia di nuove medicine di gruppo (riprendendo quanto preconizzato e mai attuato dalla Legge Balduzzi del 2012 che ha introdotto le Aft e le Uccp), la riduzione ad 1 anno della durata della scuola di formazione specifica in Medicina Generale (MG), assunzioni di medici specializzandi o di semplici laureati in medicina nei ruoli della MG. Non è con questa confusione di proposte che sarà risolto il nodo della carenza di medici nel territorio che preoccupa cittadini e governanti. In realtà quello di cui va affermata la priorità è la formazione specifica per la Medicina Generale. La MG in Italia, infatti, può sopravvivere solo se riuscirà a farsi riconoscere finalmente come disciplina scientifica autonoma. Recentemente sono comparsi nella letteratura medica alcuni articoli\* che descrivono la consolidata tradizione di una formazione specialisti-

ca in Medicina Generale in alcuni Paesi d'Europa. Il percorso fatto dai medici europei è stato lungo, ma ha molti elementi comuni che ne hanno sancito il pieno riconoscimento come disciplina universitaria. I contenuti di queste storie richiamano un lontano, ma fondamentale articolo di **Mc Whinney**, (*Lancet*, 1966, I, 419 General practice as an academic discipline. Reflections after a visit to the United States).

La Medicina Generale scriveva Mc Whinney potrà reclamare il diritto di essere disciplina se avrà:

- A.** Un campo di azione unico,
- B.** Un ben definito ambito di conoscenze,
- C.** Un'attiva area di ricerca, supporti organizzativi ed economici, collegamenti con le istituzioni e pianificazione a lungo termine.
- D.** Un percorso di formazione e istruzione rigoroso.

## ► La carriera accademica negata

Di recente la Prof. **Stefania Basili**, Presidente della Conferenza CLMM&C (i Presidenti dei corsi di laurea in Medicina) ha ribadito la necessità di attività didattiche in aula da parte dei Mmg (ex D.M. 455/01 del 28 dicembre 2001) e di un tirocinio obbligatorio per gli studenti del

sesto anno, valevole ai fini della idoneità per poter accedere alla laurea abilitante (*Corriere Salute*, 24 marzo 2022 pag.15). Forse va ricordato che l'*Alma Mater Studiorum* si è sempre opposta ad una carriera accademica per la Medicina Generale. Le rare eccezioni in Italia rispondono a logiche personali senza un disegno di sistema.

Il *Royal College of General Practitioner* (RCGPs) ebbe la prima cattedra a Edimburgo nel 1963, poi Dipartimenti di medicina Generale in ogni Facoltà di medicina nel 1995 e 66 cattedre nel 2001 con tre Presidi di Facoltà.

In realtà nulla è nuovo sotto il sole se pensiamo che negli anni '70 la professione medica fu la prima attività liberale a prevedere la libera circolazione dei sanitari in Europa con il mutuo riconoscimento dei titoli. Fu necessario così coordinare ed uniformare i percorsi formativi assai diversi fra i vari Stati (in Italia 121 scuole di specializzazione contro le 24 esistenti in UK) e le varie specializzazioni diedero il loro contributo alla Commissione della CEE (e c'erano i nostri lungimiranti padri) che doveva redigere la Direttiva 75/362/CEE del Consiglio, del 16 giugno 1975. Risale al maggio 1977 la dichiarazione del gruppo di lavoro no-

minato dalla seconda Conferenza europea sull'insegnamento della Medicina Generale (Leeuwenhorst Paesi Bassi 1974) i cui principi possono essere ancora un riferimento. Ci sono almeno sette ragioni per cui l'istruzione medica universitaria (pre-laurea) deve includere un contributo dalla medicina di famiglia:

**1** Gli studenti di medicina devono capire le ragioni e vedere il modo in cui la maggior parte delle persone riceve cure mediche per la maggior parte del tempo in cui sono in contatto con i servizi medici. Devono capire la nascita della domanda di salute, la relazione di ascolto, la consapevolezza del contesto, la continuità delle cure.

**2** Hanno bisogno di vedere la medicina nella sua forma più integrata e con una dimensione olistica e multi professionale.

**3** Hanno bisogno di vedere la medicina centrata sulla persona non solo sul "caso" o sull'uso di mezzi tecnologici.

**4** Gli studenti che diventeranno medici generici hanno bisogno di un'introduzione a questa branca della disciplina medica che verrà sviluppata più avanti nella loro formazione specifica. Coloro che si specializzeranno in altri settori necessitano di esperienza di MG, alla quale potranno fungere un domani da consulenti.

**5** Gli studenti di medicina hanno bisogno della possibilità di vedere la MG come una delle tante possibili scelte motivazionali di carriera (non una scelta residuale).

**6** I medici generici possono fornire alla scuola medica una risorsa nuova e molto ampia per la clinica, la didattica e la ricerca.

**7** La MG ha bisogno del forte stimolo che proviene all'insegnamento ai giovani studenti di medicina dell'*under graduate*.

È forse questo il momento di pensa-

re ad una riforma degli studi universitari che su autorevoli modelli stranieri (Mc Master - Maastricht) introduca finalmente un percorso formativo obbligatorio al V-VI anno in MG (strutturato ad esempio in 80 ore di pratica e 20 ore di didattica seminariale) per tutti gli aspiranti medici.

Allo stesso modo si deve organizzare il percorso formativo per Mmg docenti e per i tutor seminariali.

È possibile pensare a criteri di accreditamento nazionale (competenza pedagogica, adeguato curriculum, capacità organizzativa/ manageriale), che permettano alla Università di scegliere ed incaricare i colleghi Mmg rappresentativi della migliore Medicina Generale italiana. Non minore importanza hanno le selezioni per i *tutor* sia per la delicatezza dell'affiancamento operativo nell'attività territoriale che per il profondo *imprinting* che deriva da un adeguato *mentoring*.

Su queste basi sarà possibile un legittimo inquadramento per il ruolo istituzionale (che non sia lo scandaloso "trucco" all'italiana della valutazione / formazione in MG per l'Esame di Stato), un tempo dedicato, un compenso adeguato e criteri meritocratici per una progressione di carriera.

È su analoghe basi che potrà essere riformata la Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale (definita dal Decreto Legislativo 17 Agosto 1999 n. 368, emanato in attuazione della Direttiva 93/16/CEE).

### ► I Dipartimenti di MG

Il rapporto chiave è quello con la Università nell'obiettivo di arrivare alla costituzione di Dipartimenti di Medicina Generale. Il progetto necessita di un'aderenza dei contenuti formativi alle conoscenze medico scientifiche più aggiornate e alle più avanzate metodiche di insegnamento, anche per quanto riguarda

le attività pratiche, di valutazione continua di discenti, docenti, contenuti e processi, di ricerca applicata e di audit clinico. Vanno uniformati in un unico progetto nazionale condiviso i percorsi, che, in una falsata autonomia, le singole Regioni hanno sin oggi adottato, creandosi così un'Italia a diverse velocità.

Una valutazione congiunta tra Ministero della Salute e Regioni e Province autonome sull'andamento dei corsi è necessaria annualmente per riorientare le attività al mutevole contesto operativo. Si pensi solo a come Covid-19 ha cambiato le modalità di relazione fra pazienti e Mmg.

Nel contempo si deve uniformare al contesto europeo (lo impongono le norme comunitarie per la libera circolazione dei medici) lo *status* giuridico degli specializzandi sia in termini di operatività che per le Borse di Specializzazione, oggi fonte di sprecazione con le altre discipline.

Sarà così possibile rispettare il mandato di questa Scuola cosicché i diplomandi apprendano, attraverso un approccio metodologico codificato, ad occuparsi della persona a 360° e quindi delle priorità cliniche, dell'utilizzo etico delle risorse, degli aspetti legali legati all'esercizio della professione, della collaborazione in gruppi interdisciplinari con una stretto legame alla realtà professionale.

### \* Note

- Medico di medicina generale di un piccolo paese rurale campano, con dottorato di ricerca (PHD) in Primary Care in Svezia: "La mia storia come ricercatore presso l'Università di Lund in Svezia" Ferdinando Petrazzuoli <https://rivistaqq.org/ottobre-2021/>
- La nascita della Medicina Generale-Medicina di Famiglia accademica in Francia <https://rivistaqq.org/ottobre-2021/>
- *Professionalisation and academization of family medicine in the Netherlands academization of primary care in Slovenia social prescribing* <https://rivistaqq.org/gennaio-2022/>

# Allarme carenza medici di medicina generale tra realtà e paradossi

Le peculiarità della Medicina Generale sono elencate da WONCA che ne sancisce l'unicità, senza tuttavia fare alcun riferimento all'impossibilità di identificare discipline ad essa affini.

Ciononostante, i medici che disciplinano e organizzano i CFSMG osteggiano l'idea che altri specialisti possano ricoprire incarichi di MG. Paradossalmente, più di un milione di italiani si trova senza Mmg e le AUSL assegnano sempre più spesso a medici non specializzati, o addirittura neolaureati, incarichi temporanei di questo tipo. Forse sarebbe il caso di trovare soluzioni più incisive rispetto a quelle che caratterizzano il dibattito professionale intorno a tale tematica

**Francesco Peyronel** - *Medico iscritto al CFSMG della Regione Toscana*

**G**uardiamo in faccia la realtà: la Medicina Generale (MG) italiana è gravemente malata, non sono certo il primo a notarlo, e come medici, di fronte a un paziente così sofferente, è giusto chiedersi quale sia l'origine del suo male e per quanto ancora possa protrarsi una tale agonia.

Si parla di quasi un milione e mezzo di cittadini italiani senza medico "di base": scorrendo rapidamente l'ultimo bando regionale per la copertura delle "zone carenti", si può capire facilmente come solo in Toscana siano centinaia di migliaia i cittadini "scoperti" da un servizio così essenziale. Un vero disastro, ahimè, ma la diagnosi per il nostro malato è semplice: mancano medici!

Decenni di politiche distratte e di calcoli fatti male, o semplicemente non fatti. E ora la questione si fa seria: ci aspettano anni in cui, a fronte di moltissimi pensionamenti, avremo un ricambio generazionale totalmente insufficiente, tanto che, pur ammesso che venga subito implementato il numero delle borse di studio per le scuole di specializzazione e per i corsi di for-

mazione in MG, è ragionevole immaginare che ci vorranno un paio di lustri prima di ritrovare una qualche forma di equilibrio. E tutto questo sperando che il Covid decida finalmente di lasciarci "in pace" a partire dal prossimo inverno.

Ma come è possibile che si sia arrivati a questo? Quali sono le vere radici del problema? Per diventare medico di medicina generale (Mmg), in Italia, è necessario frequentare un corso di formazione specifico (CFSMG), organizzato a livello regionale. Si tratta di un percorso ben diverso rispetto a qualsiasi altra scuola di specializzazione, come cardiologia o chirurgia generale, non fosse altro che queste ultime sono strutturate all'interno delle Università, luoghi di ricerca e di innovazione scientifica, e che la borsa di studio di un corsista di MG ammonta a circa la metà di quella che percepisce uno specializzando di qualsiasi altra scuola.

## ► Una legittima domanda

Come mai esistono differenze così assurde tra percorsi di specializzazione che dovrebbero essere so-

stanzialmente equivalenti? I Mmg che in passato hanno istituito i CFSMG si sono sempre opposti all'insegnamento della propria materia nelle Università, sostenendo che la docenza sarebbe inevitabilmente finita in mano a "baroni" che di MG sanno poco o niente. Obiezione sacrosanta: i docenti di una disciplina non la devono padroneggiare solo da un punto di vista teorico, ma anche pratico, ed è quindi auspicabile che l'insegnamento della MG sia appannaggio dei Mmg. Ma, per essere dei validi docenti universitari, non basta essere degli ottimi medici: si devono avere competenze accademiche e scientifiche di un certo livello che, nel nostro Paese, sono certificate tramite un percorso di valutazione ministeriale, la famosa "abilitazione scientifica nazionale" (ASN). Siamo sinceri: quanti Mmg che oggi insegnano nei corsi regionali hanno un profilo scientifico e accademico che permetterebbe loro di ottenere l'ASN?

Da anni si discute di queste ignobili disuguaglianze, che categorizzano la nostra formazione in una spe-

cializzazione "di serie B". Si tratta di una questione che andrebbe finalmente affrontata, pur consapevoli del fatto che i reali benefici di un'eventuale riforma non saranno tangibili nel breve termine, almeno per quanto riguarda l'attuale carenza di medici.

### ► La definizione del WONCA

Ogni volta che si cerca un confronto su questa ed altre diatribe, i medici che disciplinano e organizzano i corsi regionali di formazione in MG si nascondono dietro a quanto sancito da WONCA, l'organizzazione mondiale dei medici di famiglia, che in un proprio documento elenca le caratteristiche "esclusive" della Medicina Generale: *"una disciplina accademica e scientifica, con propri contenuti educativi e di ricerca, proprie prove di efficacia, una propria attività clinica e una specialità clinica orientata alle cure primarie"*.

Se non si può negare che la MG sia una disciplina a sé stante, è vero anche che le sue peculiarità non sono maggiori di quelle che rendono l'endocrinologia e/o la chirurgia vascolare discipline distinte. Ciononostante esistono delle "affinità" tra le varie specializzazioni, dei termini comuni che consentono ad uno specialista di lavorare adeguatamente anche in contesti diversi dal proprio ambito di formazione, che il Ministero della Salute riconosce ufficialmente: un infettivologo o un neurologo possono lavorare come internisti; lo stesso vale per un fisiatra che volesse concorrere per un incarico in un reparto di geriatria, oppure per un chirurgo toracico che volesse operare come cardiocirurgo. Esistono poi delle specializzazioni "uniche", la cui complessità non permette di identificare nessuna disciplina ad esse

affine: anestesia e rianimazione, ginecologia, neurochirurgia, radiodiagnostica. E in fondo a questo brevissimo elenco ecco che troviamo proprio la Medicina Generale.

### ► L'esempio della Germania

Di fatto la MG si è sviluppata nel corso degli anni come una branca della medicina interna, realizzandosi al di fuori del *setting* ospedaliero. In varie parti del mondo questo concetto è ormai assodato: in Germania, per esempio, con l'obiettivo di definire una volta per tutte quali medici dovessero occuparsi della medicina "di base", una quindicina di anni fa è stata istituita la specializzazione in "medicina interna generale" (*Facharzt für Allgemeine Innere Medizin*). Dopo aver svolto un "tronco comune" della durata di 48 mesi in un reparto di medicina interna, il giovane specializzando tedesco può scegliere in quale ambito internistico specializzarsi negli anni successivi: cardiologia, gastroenterologia, nefrologia oppure, per l'appunto, medicina generale. In contrasto a questa tesi, sempre citando la definizione WONCA con l'intento di difendere la supposta unicità della propria disciplina, alcuni Mmg accusano i medici specialisti di non essere in grado di valutare la complessità della persona, ma di considerare il paziente semplicemente come un organo malato. Tralasciando quanto queste considerazioni possano risultare offensive per la maggior parte dei medici specialisti, non è comunque chiaro quale organo contraddistingue la specializzazione di un internista, di un geriatra o di un oncologo. Nel lungo documento redatto da WONCA, poi, non vi è alcun riferimento all'impossibilità di identificare delle discipline affini alla Medicina Generale.

### • Le contraddizioni e soluzioni

Vi è infine un paradosso bizzarro: data la preoccupante carenza di medici, le AUSL si trovano sempre più spesso a bandire incarichi temporanei di MG della durata massima di 12 mesi, ruoli che spesso finiscono per essere assegnati a medici non specializzati o, addirittura, neolaureati. Se è davvero indispensabile un diploma di specializzazione in MG per poter svolgere al meglio questa professione, come è possibile che medici privi di una formazione "idonea" abbiano la possibilità di ricoprire questo tipo di incarichi?

In Italia abbiamo a disposizione una platea di medici ottimamente formati e con esperienza, professionisti che potrebbero dare un contributo indescrivibile alla medicina territoriale qualora gliene venisse data l'opportunità. Si tratta di risorse disponibili immediatamente, non tra cinque o dieci anni. La soluzione è semplice: basterebbe aggiornare la tabella delle discipline affini alla Medicina Generale, chiarendo quali altri specialisti debbano essere considerati idonei a concorrere per un incarico di quel tipo, ovviamente subordinandoli nelle graduatorie ai medici che hanno conseguito una formazione specifica in tale disciplina.

La prognosi della MG italiana, ahimè, sembra infausta: se davvero si vuole evitare di vederla soccombere, se davvero le istituzioni e la politica credono nel ruolo centrale che essa ha all'interno del Ssn, forse è giunto il momento di trovare soluzioni più incisive, anche se questo comporta la necessità di scontrarsi con chi fino ad oggi ha difeso i privilegi di pochi, mettendo in secondo piano il diritto alla salute e all'assistenza dei cittadini.

# Il paradosso è pensare che si possa fare a vita il Mmg senza alcuna formazione specifica

Luca Puccetti - Coordinatore CFSMG Toscana - Polo didattico Toscana nord ovest - Pisa

Secondo quanto proposto dal dottor **Francesco Peyronel** la professione di medico di medicina generale (MG) potrebbe essere svolta da medici specialisti in branche affini e motiva la proposta con la carenza di medici formati in MG con relative assegnazioni di incarichi temporanei a medici non formati, anche neolaureati. Il dottor Peyronel ritiene che i medici "organizzatori" dei Corsi Specifici in Medicina Generale si "nascondano" dietro alle posizioni WONCA circa l'individuazione delle specifiche caratteristiche della medicina generale. L'autore non pare che abbia ben chiaro cosa sia stato e cosa sia il movimento culturale e professionale che è alle basi di WONCA e l'importanza di aver definito e fatto accettare a livello mondiale una branca del tutto autonoma, fondata sulla persona, che ha rapporto prevalente con sani, che usa strumenti poco tecnologici nel contesto di un rapporto assistenziale longitudinale, non sporadico.

## ► Idee confuse

La proposta confonde un incarico temporaneo con uno che diventerebbe a tempo indeterminato. In buona sostanza la proposta accetta l'idea che si possa fare a vita il medico di medicina generale senza alcuna formazione specifica. Chi la ha fatta per 3 anni (che in altri paesi sono addirittura 4), sotto la guida di chi esercita da tempo, non di internisti, igienisti, medici di comunità ed affini, dovrebbe forse attendere che si liberino i posti occupati dagli specia-

listi convenzionati a tempo indeterminato? Ma oltre a ciò un medico non specialista può avere una *forma mentis* più adatta ad acquisire, durante gli incarichi temporanei, dai colleghi delle aggregazioni funzionali territoriali e del dipartimento di MG, i paradigmi tipici di una branca, che non cura malattie definite, ma persone con problemi, che fa del tempo e della profonda conoscenza personale e familiare del paziente un potente strumento di cura per fronteggiare situazioni molto spesso indistinte e poco aderenti alle rappresentazioni "riduzionistiche" della medicina specialistica. Il problema delle carenze dei Mmg non si affronta allargando ad una platea di medici non specificamente formati la possibilità diventare a tempo indeterminato Mmg, ma governando il rapporto tra massimale ed ottimale, ossia pubblicando nuovi posti in ambiti territoriali ove esiste una reale carenza assistenziale, incentivando gli ambiti in zone disagiate, aumentando i posti nel CFSMG, facendo riacquisire al ruolo del Mmg un minimo di *appeal*, dotandolo di adeguato personale di studio, come avviene in UK ove 5 GP hanno 21 membri dello *staff* a coadiuvarli e prevedendo incentivi per l'associazionismo per tutti. La proposta più che a risolvere problemi porterebbe al definitivo smantellamento della MG che è sotto attacco da molto tempo in quanto un *ombudsman* sanitario indipendente al servizio del cittadino, scevro da conflitti di interesse e che costa 4 euro al mese rappresenta un formidabile ostacolo per chi propugna di

vicariare il Mmg con poliambulatori specialistici, come recentemente proposto dal CeO del gruppo S. Agostino sul *Sole 24 ore*. Tra i "nemici" della MG si annoverano i tecnocrati, un universo che fa capo a poteri economico - finanziari ed assicurativi che vorrebbe lucrare anche sul lavoro di un milione e mezzo di liberi professionisti. In tal modo i medici diverrebbero preda di quelle società multifunzionali dove il professionista, oggi lavoratore autonomo, si trasformerebbe a poco a poco in un dipendente. Ulteriori nemici sono coloro che hanno interesse a far confluire le casse pensionistiche di molti ordini professionali nel marasma dei fondi pensionistici pubblici. La mercificazione dei servizi professionali trasformerebbe tanti intellettuali indipendenti in garzoni di catene dispensatrici di servizi standardizzati di massa che faranno lucrare gli azionisti ed i dirigenti. Il cittadino non avrebbe più davanti a sé un professionista indipendente con cui intrattenere un rapporto personale, ma un funzionario per il quale egli ha la stessa importanza del "cliente" che passa con il carrello della spesa davanti alla cassa. Gli attacchi a chi ha sostenuto il 98% della pandemia senza alcun aiuto e che in cambio ha ricevuto accuse infamanti e proposte provocatorie di passaggio alla dipendenza sono molti, i più dolorosi sono quelli provenienti dall'interno, ma questo non ci smuoverà di un millimetro nel difendere l'autonomia e l'indipendenza del Mmg a tutela della salute dei cittadini, fin dalla sua formazione.

# Cresce la fiducia nei medici di medicina generale anche tra i giovani

*A confermarlo è il risultato dell'ultimo Tableau de Bord® dell'Istituto Piepoli secondo cui l'81% dei cittadini ne ha 'molta' o 'abbastanza'.*

*La fiducia è massima tra i cittadini con più di 55 anni. Ma rimane alta anche tra le fasce d'età più giovani*

**A**umenta ancora tra gli italiani la fiducia nei medici di medicina generale: l'81% dei cittadini ne ha "molta" o "abbastanza". È il risultato dell'ultimo Tableau de Bord® dell'Istituto Piepoli: una ricerca settimanale su un campione rappresentativo della popolazione italiana adulta, per rilevarne atteggiamenti e comportamenti. I Tableau de Bord® sono ormai un'istituzione, esistendo da 30 anni, e permettono di mettere in rilievo l'evoluzione dell'opinione pubblica rispetto ai grandi temi sociali e della comunicazione. I dati sono stati presentati di recente dal Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, **Filippo Anelli**, al Comitato Centrale. La fiducia è massima, 88%, tra i cittadini con più di 55 anni. Ma rimane alta anche tra le fasce d'età più giovani: ne ha "molta o abbastanza" il 79% delle persone tra 35 e 54 anni e il 73% degli intervistati tra 18 e 34 anni.

## ► Un dato significativo

"Soprattutto quest'ultimo è un dato molto significativo - ha commentato Anelli -. Si tratta infatti della fascia d'età in cui il rapporto con il medico è meno frequente. Evidentemente i giovani sono comunque rassicurati dal fatto di avere un proprio medico, che li conosce e li segue, pronto a intervenire e sempre disponibile anche solo per dare un consiglio, fugare un dubbio. È positivo che i giovani, che sono cresciuti cercando informazioni in rete, quando si tratta della propria salute cerchino una fonte affidabile e la trovino nel loro medico". E che il Mmg sia una fonte affidabile anche per i giovani è confermato

anche dai dati di una recente ricerca dell'Università di Siena sulla fiducia della generazione zeta nella scienza e nella medicina. I dati emersi da questa ricerca rilevano un alto grado di fiducia nella medicina e nella scienza. Per la medicina, l'80% degli intervistati, su una scala da 1 a 10, dichiara di fidarsi almeno 6, il 67% almeno 7 su 10. Per la scienza l'85% dichiara almeno 6 su 10, con consapevolezza dei benefici portati da scoperte scientifiche innovative. Quando gli adolescenti hanno un problema di salute, si rivolgono innanzitutto ai genitori e poi, in ordine, a medici e amici. La maggior parte valuta positivamente l'esperienza con il medico: il 90% indica almeno 6 in scala 0-10, con punte del 17% di chi indica 10 su 10.

## ► La relazione

"È proprio in questo legame di fiducia, di consuetudine e di appartenenza tra il medico di famiglia e il paziente che sta il senso di questa figura fondamentale del Servizio Sanitario Nazionale - ha concluso Anelli -. Il medico di famiglia è scelto liberamente dal paziente: una scelta che si fonda, appunto, sulla fiducia nella persona e nel professionista, e che si rinnova giorno dopo giorno. Una scelta che è alla base della relazione di cura; di più, ne è parte fondamentale, contribuendo alla riuscita dei programmi di prevenzione e delle terapie".



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF del sondaggio dell'Istituto Piepoli

# Per favore, non sparate sul medico di famiglia

Con la crisi pandemica a causa delle grosse difficoltà avute per l'assistenza dovute a criticità proiettate sul territorio dalla politica e dalla sua cattiva programmazione e gestione sanitaria dell'emergenza, vuoi per difficoltà oggettive del resto del comparto sanità e per le esigenze di mantenere gli ambulatori a prova di affollamento nonché per i prolungati stress sociali, è aumentata, di molto, la conflittualità territoriale e la stessa aggressività verso le figure mediche. Ed il fenomeno sembra acuirsi, nel mirino finiscono soprattutto: medici di medicina generale, continuità assistenziale, Usca e ambulatori Covid

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

In ogni buon *saloon* che si rispetti, ai tempi del far west e poi dei *westerns*, erano facili le sparatorie provocate dall'alcool, da motivi di proprietà terriere e di gioco, ed esisteva quasi sempre un pianista che nella sua postazione poneva un cartello diventato famoso: "*Please, don't shot on the piano player*". Quanto la pandemia è iniziata, di colpo, ci siamo trovati proiettati in uno scenario da incubo, senza informazioni, senza dispositivi, senza difesa, senza ordini, situazione che ci ha costretto ad arrangiarci ed auto gestirci. Questo inaspettata campagna virale ha colpito i medici di medicina generale lasciando in eredità una sorta di disturbo post traumatico da stress, quasi fossimo realmente combattenti in guerra.

## ► Una relazione sofferente

La relazione medico-paziente si basa sulla fiducia nel medico da parte del paziente e sull'accettazione di questa fiducia da parte dello stesso sanitario. In realtà nel contesto di questo enunciato, semplice come uno *slogan*, influiscono una se-

rie di valutazioni personali ed interpersonali, consce e non, che investono completamente le sfere individuali dei due diversi soggetti. È un contratto tra due personalità che mediano le rispettive esigenze: una professione con diversi gradi di coinvolgimento e motivazione da parte del medico, che può essere interpretato fino al punto di diventare una missione e, dall'altra parte una richiesta di aiuto che può essere serena o disperata, duratura o limitata nel tempo, una dipendenza spesso non priva di contrasti. In generale il paziente chiede al medico di smettere di soffrire, di aiutarlo ad uscire da una condizione, la malattia, o comunque da una situazione di sofferenza (o stress) che può essere fisica e/o psichica, che soprattutto, nel modello moderno di vita, richiede l'exasperata *performance* del soggetto e l'energia necessaria a compierla, che assume valenze emozionali ed individuali molto importanti. In definitiva il paziente scarica sul medico una serie di preoccupazioni, sofferenze, sensazioni e vissuti di carattere nocivo, ansioso e depressivo che il

medico deve mediare, assorbire ed infine elaborare per mantenere un livello di coinvolgimento che gli permetta di comprendere la richiesta d'aiuto del paziente, ma che al contempo gli consenta quel giusto distacco necessario alla sua elaborazione mentale dei segni e dei sintomi tale che gli sia conservata la facoltà di fare una diagnosi e di impostare una successiva linea terapeutica che può essere condivisa dal paziente, definita alleanza terapeutica. Il medico subisce quindi negli anni questo continuo carico emozionale di sofferenza e disagio che i vari ammalati pian piano, l'uno dopo l'altro, gli trasferiscono nell'arco del rapporto assistenziale. Con il tempo può succedere che il sanitario non riesca più ad elaborare completamente tali valenze negative non riuscendo più a scaricarle, introiettandole dentro di sé, accumulandole fino al punto di divenire causa di disagio, sofferenza e stress per se stesso. Con questa pandemia tutte le nostre convinzioni sul *burnout* sono state fortemente modificate: ma non solo queste, anche la nostra bolla personale e

l'arte della prossemica verso il paziente. Lo stress psico-sociale sul paziente è stato fortemente aumentato portando a una serie di emozioni e valenze negative che si sono indirizzate verso il medico stesso creando un contrasto derivato da questa matrice sociale negativa cambiando il nostro approccio al paziente. Siamo stati gettati in una sorta di tritacarne anche perché costretti a lottare, non solamente, contro una difficile situazione clinica, ma anche contro una dilettantesca gestione della crisi, per cui da eroi siamo poi stati trasformati in vigliacchi, investiti da una campagna denigratoria senza precedenti, che non aveva ragioni di esistere se non per biechi scopi tattici per sviare le attenzioni verso quella classe politica responsabile dell'inefficienza programmatica.

### ► Le speranze disilluse

Noi Mmg abbiamo sperato che quanto stesse succedendo avrebbe fatto imparare al paziente un uso corretto della risorsa sanitaria. Durante la fase uno, ci siamo illusi che il cittadino potesse apprendere qualcosa da quanto stava avvenendo ma purtroppo, successivamente, con le nostre ferite ancora aperte, ci siamo visti assaltare, se non quasi assediare, da pazienti che hanno pensato solamente a ricuperare tutte quelle prestazioni di cui sono stati privati dall'emergenza, non rendendosi conto che non è ancora finita e che per tornare alla normalità occorrerà del tempo. La sanità si è quasi collassata, ha tenuto solamente per la professionalità di medici e dei loro collaboratori, perché ognuno di noi ha speso qualcosa di suo e questa spesa ci sta presentando il conto. Il fenomeno poi di legare gli Mmg a decisori di quarantene e *pass vari* ha ul-

teriormente inasprito il confronto con il paziente, che a sua volta esasperato, è diventato aggressivo ed a volte pericoloso, dimenticando che non si possono pretendere le prestazioni sanitarie come se si fosse ad un supermercato che eroga gratis i prodotti. Fatto salvo che chi urla di più, non sempre ha ragione, l'interfaccia del malcontento, lo sportello proteste, del cittadino siamo noi e forse è questo che fa paura politicamente. Prima della covid *war*, in condizioni *standard*, esisteva uno stato costante di un certo livello di *burnout* che il sanitario riusciva, seppure con disagio, a dominare e a diluire nel tempo, permettendogli di esprimere, comunque sufficientemente bene, la necessaria serenità per espletare la professione.

### ► Un rapporto difficile

Abbiamo vissuto una lacerante contrapposizione tra esigenze sociali e assistenziali. Dobbiamo chiederci, purtroppo, se tutta questa storia degli eroi e dalla solidarietà tra la gente non sia dovuta alla solita retorica che ci vuole buonisti e generosi nel condividere la responsabilità. Al relativo "liberi tutti" abbiamo visto il paziente ancora più accanito, alla caccia della risorsa, senza rispetto né per il medico né per gli altri cittadini. Ciò a cui accediamo impropriamente toglie risorse ad altri, ma a chi importa, tanto è gratis. Da una parte ci siamo Noi con il nostro disturbo da stress post traumatico alle prese con cittadini che hanno subito uno stress da privazione. Questa conflittualità ci ha dimostrato che ancora dopo quarant'anni dall'istituzione del Ssn non ci sia una cultura della prestazione sanitaria. Se pensiamo che la domanda di sanità, a causa di molteplici e conosciuti fattori, Covid o

non Covid, è in costante aumento, ci possiamo rendere conto della complessità dell'intero quadro. Quindi se aumentassimo il numero della richiesta degli interventi che il medico deve eseguire, si arriverebbe ad un paradosso assistenziale con la perdita di qualità, in funzione della quantità delle diverse prestazioni offerte. Per aumentare la qualità del rendimento lavorativo bisogna invece razionalizzare il lavoro (*ottimizzazione dell'assistenza*). Infatti, se incrementiamo la tecnologia presente sul territorio per dotare il medico di maggiori funzioni di filtro, mediante una migliorata capacità strumentale diagnostica, dovremmo trovare il tempo per permettere che queste prestazioni siano fruibili ed eseguibili. Quello che è successo, pensando anche al *flop* assistenziale delle Case della Salute, ha dimostrato che il territorio, anche in un contesto drammaticamente confuso ed emergenziale, come questo, ha avuto una capacità di reagire incredibile che definiremmo quasi rivoluzionaria e che il medico, proprio in un periodo dove si è dovuto necessariamente autogestire, ha dato il meglio di se stesso.



# Riforma Cure Primarie, i medici scrivono alle Regioni

Un gruppo di medici di medicina generale, provenienti da diverse regioni e province italiane, ripropongono, attraverso una lettera aperta al presidente della Conferenza delle Regioni, dubbi, perplessità e criticità inerenti all'attuale impostazione del progetto di riforma delle Cure Primarie evidenziati in precedenza al Ministro delle Salute da cui non hanno avuto nessuna risposta

**//** *Preg.mo Presidente Fedriga, Preg.mi Governatori, inascoltati dal Ministro Speranza cui abbiamo indirizzato una lettera aperta lo scorso 13 ottobre, torniamo a scrivere auspicando questa volta di trovare ascolto".* Questo l'*incipit* della Lettera aperta inviata di recente al presidente della Conferenza delle Regioni, da gruppo di Mmg, provenienti da diverse regioni e province italiane, che pubblichiamo di seguito.

"Rappresentiamo tutti quei medici di medicina generale, tanti, un po' da tutta Italia, che hanno espresso e continuano ad esprimere molte perplessità sull'impostazione fin qui data al progetto di riforma delle Cure Primarie in elaborazione. In quella lettera abbiamo rilevato come l'orientamento riformatore "epocale" intrapreso dal Ministro apparisse come il mantenimento dello "status quo" piuttosto che il rinnovamento del Ssn pubblico attraverso nuovi paradigmi tra i quali, su tutti, il lavoro in equipe multidisciplinari (che superasse "l'orticello" del microteam di antica memoria), l'introduzione della possibilità del rapporto di lavoro dipendente dallo Stato per i Mmg e per le altre figure delle cure primarie (e con esso il riconoscimento del ruolo oltre che delle tutele e dei diritti dei lavoratori), la individuazione di strutture pubbliche ad hoc in luogo degli attuali studi dei Mmg rivelatisi

durante la pandemia nella gran parte funzionalmente insufficienti per gli standard inadeguati ad un servizio pubblico all'altezza del compito... salvo poi essere oggi definiti "irrinunciabili" (standard minimo: 1 studio, 1 sala d'attesa e servizi igienici... anche inserito in un appartamento di civile abitazione... legittimato dall'art. 36 dell'ACN 2005 come presidio del Ssn!!!), e in ultimo, ma non ultima, la improcrastinabile formazione specialistica universitaria dei Mmg".

"In quella lettera abbiamo inoltre dimostrato, rimandando ai virtuosi modelli delle cure primarie di Spagna e Portogallo basati su personale esclusivamente dipendente, come i tanto sbandierati valori della prossimità e capillarità dell'assistenza, del rapporto di fiducia con il cittadino, della libera scelta del medico e dell'autonomia professionale dello stesso, siano più che garantiti anche in quelle realtà. Ma tutto inutile. Nessun ripensamento da parte del Ministro! Ignorata anche la visione delle Regioni che ancora, anche recentemente, hanno sostenuto con lungimiranza che il rapporto di lavoro dipendente del Mmg debba essere fra le opzioni possibili".

## ► Le divisioni della categoria

"È evidente da quanto riportato dalle diverse fonti d'informazione che la Medicina Generale, i sindacati e la

politica siano spaccati sul tema convenzione-dipendenza, come è altrettanto evidente che la contraddittoria mediazione proposta dal DM71, quella che prevede che il Mmg in convenzione debba lavorare funzionalmente come un dipendente, in un ibrido senza tutele e diritti, per 38 ore settimanali suddivise fra studio, Casa della Comunità Hub e Distretto, porterà tutti indistintamente a perdere! Perché il rischio che le Case della Comunità restino contenitori vuoti o impropriamente utilizzati è altissimo se almeno ad una parte dei Mmg non sarà consentito il rapporto di dipendenza; né è dato sapere cosa i Mmg convenzionati dovranno fare nelle CdC Hub e 'nei Distretti', termine ancora molto astratto, dove dovranno recarsi pressoché quotidianamente. Certamente non attività nei confronti dei propri assistiti visto che la maggior parte dei medici non potrà certo portarsi dietro dal luogo dove esercitano, ma certamente tempo a loro sottratto, anche perché la gran parte dei Mmg, quelli che non avranno la fortuna di esercitare nelle città o nei paesi sede delle CdC, dovranno anche sobbarcarsi pressoché quotidianamente, a conti fatti, fino a 35-40 km di strada in più del solito (... figurarsi i Colleghi che lavorano in aree montane, rurali e spesso in più Comuni!)"

"Ed in aggiunta alle suddette criticità

che già tanto hanno di paradossale, si vuole anche costringere una intera categoria a rimanere in convenzione e ad essere oltre tutto *manager* per forza pur senza vocazione, piuttosto che medici! Perché anche questo è il significato della convenzione, tanto più da quando con l'ACN 2005 è stato introdotto l'associazionismo e con esso tutti quei tentativi maldestri di farlo funzionare senza norme ad hoc. Si è dovuti ricorrere a soggetti giuridici improbabili per i Mmg in convenzione con risultati spesso addirittura disastrosi (dall'implosione di molte associazioni... fino addirittura alle sanzioni come accaduto in Veneto nel 2014), aggiungendo problemi e l'aumento dei costi per la gestione societaria a quelli della professione! Gran parte delle attuali forme associative sono per questo in difficoltà e se ne sta riproponendo il modello convenzionato? Tanti Mmg in Italia vorrebbero far parte "della Nazionale" e non "delle squadre di club", vorrebbero un unico Ssn per poter garantire ai Cittadini il diritto ad un'assistenza migliore ed uniforme e nel contempo vedersi riconosciuti tutele e diritti di tutti i lavoratori. Tanti Mmg in Italia vorrebbero fare solo i medici e non gli imprenditori fra cooperative, società di servizio, accreditamenti, per non parlare delle Aft! Perché voler negare questa possibilità di scelta? Bisogna imparare dal passato, bisogna imparare dalla pandemia!"

"Eppure segnali importanti della necessità di cambiamento si vanno accumulando da tempo. Non sono solo i tanti autorevoli politici e studiosi di politica sanitaria che sostengono l'opportunità del rapporto di dipendenza dallo Stato del Mmg. Pensiamo anche alla razionale proposta di riforma delle Regioni del settembre 2021 che indicava tale opzione fra le altre, pensiamo al fatto che in più della metà dei paesi europei che si sono dotati di

un Ssn universalistico come il nostro i Mmg sono dipendenti dello Stato o delle Municipalità, pensiamo all'ottima proposta di riforma dei giovani professionisti del "Libro Azzurro" a sostegno della quale si è recentemente costituita l'autorevole Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia e non in ultimo pensiamo al Regno Unito, paese che ha ispirato la riforma del nostro sistema sanitario del 1978 e da cui intendiamo anche importare il modello dell'Ospedale di Comunità, nel quale il modello convenzionato comincia ad essere messo in discussione valutando l'opportunità del passaggio alla dipendenza anche dei GPs inglesi. Ricrediamoci ora prima di doverlo fare magari fra altri 40 anni. Anche perché è questa riforma che condiziona l'attrattività futura della nostra professione!"

#### ► La dipendenza non è il "male"

"E allora Illustre Presidente ed Illustri Governatori, se è vero tutto questo, se è vero che la libera scelta del cittadino, il rapporto di fiducia, la capillarità dell'assistenza, capisaldi delle pretese politiche corporativistiche di certa Medicina Generale, sono comunque garantite dal 'modello dipendenza dallo Stato del Mmg', come riportato dalle testimonianze dirette di colleghi italiani medici di famiglia in Spagna e Portogallo recentemente pubblicate, chiediamo venga dato ascolto anche a quella parte di professionisti, peraltro portatori solo di interessi sociali e professionali, che si riconoscono nei principi sopra esposti e che non vogliono più considerare lo Stato come la 'controparte' con cui dover trattare ogni cosa. I Mmg sono solo uno degli strumenti della riforma, non sono i fruitori della riforma. La riforma è dei Cittadini e per i Cittadini! E il pensiero che si possa ridurre tutto ad un confronto basato sul numero maggiore o minore di firme di portato-

ri di interessi specifici non merita neanche considerazione".

#### ► Il senso del nostro appello

"Il senso del nostro appello, oggi che la bozza del DM71 è alla vostra attenzione, è quello di rendervi consapevoli che tanti Mmg in Italia auspicano un vero cambiamento, quello delle Case della Comunità distribuite capillarmente su tutto il territorio nazionale come descritte dalla bozza Agenasdel luglio 2021, "abitate" da Mmg che possano lavorarvi stabilmente senza artifici contrattuali e gestionali, dedicando tutto il tempo alla cura dei propri assistiti e non ad attività che dovranno essere inventate per opportunità se non solo per giustificare un modello dal sapore più punitivo che razionale. Naturalmente tutto quanto chiediamo è sempre nel rispetto delle diverse aspirazioni e dei diversi punti di vista. Chi vorrà continuare il proprio percorso professionale da Mmg convenzionato deve essere libero di poterlo fare, ma allo stesso tempo non si deve negare a coloro che ambiscono ad un diverso rapporto contrattuale e ad una semplificazione organizzativa del lavoro, di poterlo realizzare! Solo questa soluzione darebbe il vero significato alle strutture che si andranno a costruire e alla riforma che l'Europa ci chiede. Senza contare che la coesistenza delle due diverse realtà consentirà di avviare sperimentazioni in grado di dare nel tempo la risposta ai dubbi di tutti".

*"Idee generali e grande presunzione sono sempre in procinto di provocare terribili disastri"* (Goethe)



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF con i firmatari della missiva inviata alle Regioni

# Aderenza alle terapie, una piaga per il sistema salute

A sottolineare ciò è Senior Italia FederAnziani commentando i dati di una recente indagine effettuata dal loro Centro Studi: quattro over 60 su 10 non assumono regolarmente i farmaci prescritti

**Q**uattro anziani su dieci non assumono con regolarità i farmaci prescritti, e uno su tre ammette di dimenticarne spesso l'assunzione; anche per questo molti di loro (il 49,8%) ritengono che sarebbe utile l'aiuto di uno strumento o di una persona che ricordi loro di assumere le terapie. È questo lo spaccato del rapporto fra i *senior* (over 60) e l'aderenza alla terapia, secondo i dati che emergono da un'indagine del Centro Studi di Senior Italia FederAnziani. Un problema quello dell'aderenza che si conferma: una vera e propria piaga per il sistema salute, incrementato nell'ultimo biennio dalle conseguenze della pandemia.

## ► Over 60 e rapporto col medico

Gli over 60 che hanno partecipato all'indagine sono mediamente affetti da 2 o più patologie, tra le quali diabete, malattie respiratorie, malattie cardiocircolatorie, oncologiche, osteoarticolari. Quasi 9 su 10 (88%) consultano abitualmente per problemi di salute il medico di famiglia, il 49,8% il medico specialista, il 9,1% il farmacista. Oltre la metà di loro (il 51,8%) viene visitato dal Mmg almeno una volta al mese, e l'81,3% verifica con il medi-

co di medicina generale le terapie prescritte dallo specialista, che nel 93,7% dei casi non sono modificate dal proprio medico di fiducia.

## ► L'aderenza

Alla domanda "Assumi regolarmente i farmaci prescritti?", oltre 4 senior su 10 rispondono di no, ben il 43,7%. Più di uno su due assume almeno 3 farmaci (il 51,4%). Uno su tre (il 33,8%) dimentica spesso di assumere un farmaco prescritto; a un 26,7% di loro è capitato di dimenticarsene raramente; solo il 39,5% dichiara di non dimenticarsene mai.

Una larga maggioranza dichiara che il medico spiega loro l'importanza dell'assunzione del farmaco (il 69,1%), ma a qualcuno succede solo "ogni tanto" (il 17,7%), e c'è un 13,2% a cui invece non viene adeguatamente spiegato.

La maggior parte di loro non è supportato da nessuno in casa nell'assunzione di farmaci; solo il 13,2% è seguito o da un familiare o da un badante. Per migliorare l'aderenza alla terapia il 42,8% di loro ritiene che sarebbe molto aiutato da uno strumento che gli ricordi l'assunzione dei farmaci. Fra le varie opzioni possibili di supporto, circa la metà (il 49,8%) ritiene che sarebbe utile, nell'aiu-

tarlo a non dimenticare le medicine, una persona o un oggetto che gli ricordi l'assunzione, mentre il 21% preferirebbe avere uno schema semplice e poche assunzioni giornaliere; alcuni (il 18%) ritengono che sarebbe utile una spiegazione precisa dei rischi dell'interruzione della cura, oppure (11,2%) una spiegazione più precisa dei benefici della cura stessa.

"Quella per il miglioramento dell'aderenza alla terapia è una battaglia che non si può perdere", ha dichiarato la Presidente Senior Italia FederAnziani **Eleonora Selvi**. "Basta assumere un punto di vista globale per comprenderne a pieno il valore: è impensabile che nel nostro mondo, dove esistono, fortunatamente, le migliori opportunità di cura, certo più che in paesi meno sviluppati, il *deficit* nell'efficacia della cura stessa possa essere dovuto alla mancata aderenza. Bisogna combattere questo fenomeno preoccupante, puntare sul rapporto di fiducia con il medico, sulla promozione di tutti gli strumenti a supporto del paziente, specie quello anziano e fragile, su campagne specifiche ed interventi che contrastino la mancata aderenza, riducendo complicanze, decessi e ottimizzando la cura".

# Due italiani su tre sono ‘pro-digital’, ma non avrebbero ancora la maturità digitale

È quanto si deduce dai dati dalla ricerca di Ls Cube in collaborazione con YouTrend/Quorum nell’ambito del progetto “Net-Health sanità in rete 2030”, presentata di recente alla Luiss Business School di Roma. Dai cittadini che hanno partecipato all’indagine, inoltre emerge la forte esigenza di una sanità più vicina ai territori

**U**n cittadino su tre chiede che la sanità sia presente in modo più capillare sul territorio, e uno su due ritiene che la pandemia abbia evidenziato l’inefficienza del sistema sanitario pubblico, mentre per le Regioni il Covid ha sottolineato l’eccessiva decentralizzazione della sanità, e per gli operatori del settore una mancanza di organizzazione a livello ospedaliero e territoriale.

Due cittadini su tre si dicono preparati ad accettare la digitalizzazione in sanità, che saprebbero gestire senza troppi problemi, come confermato anche dagli operatori sanitari, mentre la politica non ne è del tutto convinta: circa la metà dei parlamentari e dei rappresentanti delle Regioni ritiene che gli italiani siano solo “abbastanza” pronti ad affrontare la gestione digitale dei dati sanitari. Tutti invece si trovano d’accordo nel ritenere che la salute sia tra le principali priorità sulle quali investire, anche se poi è una delle *mission* del Pnrr su cui sono state stanziare meno risorse, e nonostante sia ancora considerata come una spesa invece che come un investimento per l’intero sistema economico. Sono solo alcuni degli elementi che emergono da un’indagine condotta da Ls Cube in collaborazione con *YouTrend/Quorum*

e con il supporto non condizionante di *Gilead Sciences*, nell’ambito del progetto “*Net-Health* sanità in rete 2030”, presentata di recente alla Luiss Business School di Roma.

L’indagine è stata svolta come una sorta di ‘intervista tripla’ che ha messo a confronto le opinioni dei cittadini con quelle dei politici e degli operatori sanitari con non poche differenti visioni sul futuro, ma anche con molti punti in comune.

“Questi dati, per come sono stati raccolti e integrati, sono molto importanti per organizzare la programmazione sanitaria del nostro Paese - spiega **Pierpaolo Sileri**, sottosegretario alla Salute -. Solo possedendo numeri oggettivi e dati reali è possibile programmare correttamente ed impostare le più opportune politiche pubbliche. Curare è la punta di un *iceberg*, il risultato finale di un processo dove a monte c’è una filiera che può funzionare solo facendo rete, come espresso da questo progetto *Net-Health*. Una rete organizzativa e operativa capillare che unisca centro e territorio, che è anche il concetto alla base degli interventi del Pnrr sulla sanità. Non meno importanti sono ricerca e formazione del personale, con l’obiettivo di cure personalizzate e innovative: “medicina sartoriale” mi piace definirla. Non è nemmeno

pensabile una sanità del futuro senza una *partnership* tra pubblico e industria privata: la pandemia ha accelerato la comprensione di questa sanità futura”.

## ► Quattro punti cardine

Al centro dell’attenzione, dunque, quattro attualissimi punti cardine: digitalizzazione, territorialità e diritto alla salute, che toccano quotidianamente i cittadini, e gli investimenti che sono nelle mani dei decisori pubblici. Con molti punti in comune.

**1** Gli investimenti in sanità, per esempio, sono ritenuti tra le principali priorità sia per i decisori (66% di deputati e senatori e l’83% dei rappresentanti delle Regioni) che per i cittadini (51,2%). Ma dove andrebbero investite queste risorse? Per il 61% dei parlamentari dovrebbero servire a potenziare la medicina territoriale e a promuovere la de-ospedalizzazione. Per i rappresentanti delle Regioni, invece, dovrebbero andare alla ricerca clinica e farmaceutica (51%). Per i cittadini a una sanità più capillare sul territorio (35,7%).

“Prima della pandemia in pochi hanno sostenuto che ‘salute è ricchezza’ - osserva **Giovanni Gorgoni**, Presidente Euregha e DG AReSS Puglia -. Eppure è sempre stato

uno dei settori a più alto indotto occupazionale, perché un tessuto sociale sano è anche più produttivo, perché più di ogni altro può rendere circolare e virtuoso il tema dell'invecchiamento, perché è il settore a più alta innovazione tecnologica, sia diretta per le applicazioni native per la sanità che indiretta per fertilizzazione da altri settori. Il Covid ci ha mostrato il negativo fotografico di 'salute è ricchezza': cattiva salute è impoverimento generalizzato. Investire prevalentemente in salute rappresenta la scorciatoia più elementare per trainare a catena interi settori economici, sociali e civili".

**2** Dati interessanti anche quelli sulla digitalizzazione della sanità. La risposta dei cittadini è sorprendente. Difatti, sulla possibilità che il rapporto medico-paziente possa prevedere anche una minore interazione fisica, il 66,1% si è dichiarato abbastanza (47,9%) o molto (18,2%) favorevole, a differenza sia dei parlamentari (48%) che dei rappresentanti delle Regioni (50%) solo possibilisti, rispondendo "più sì che no". Disponibilità dei cittadini anche al trattamento dei dati sanitari, su cui il 97% si sente a proprio agio. Solo il 20% però sostiene di avere 'molta confidenza' con i dispositivi digitali. "La sanità del futuro parte dai dati del paziente - osserva **Gianluca Postiglione**, Esperto di *Digital Health* e già Direttore Generale So. Re.Sa. Spa - per realizzare prestazioni mirate sul singolo paziente, grazie a un approfondimento dei dati sanitari e genetici auspico l'avvento di una decentralizzazione (DE.HE: *Decentralized Health*) che possa garantire un diritto alla salute riformato all'insegna del valore generato dai dati e della totale acces-

sibilità dei dati sanitari dei cittadini, ad un costo sociale progressivamente decrescente".

**3** Sul rapporto tra la digitalizzazione e il diritto alla salute si registra una divergenza di posizioni tra i decisori e i cittadini: mentre i primi, infatti, sono convinti che tenderà maggiormente a garantire le cure a tutti i cittadini (85% dei rappresentanti delle Regioni, 77% dei parlamentari), i secondi considerano più probabile un aumento delle disuguaglianze nella popolazione (46,1%), accentuando il problema del digital divide che risente altresì di un divario generazionale e regionale (*boomers* e generazione X più pessimisti di *millennials* e generazione Z; Mezzogiorno più pessimista del Nordest).

"Il potenziamento della medicina digitale presuppone investimenti significativi nelle tecnologie digitali, che hanno ancora nel nostro paese una distribuzione territoriale e generazionale imperfetta e diseguale, aumentando così il rischio del digital divide sul piano territoriale e anagrafico - afferma **Mauro Marè**, Presidente Osservatorio Welfare, Luiss Business School -. I timori sugli effetti che il divario digitale potrebbe avere sui livelli di cura dei diversi tipi di pazienti sono ben evidenziati dalla indagine *Net-Health*".

**4** Altro dato che emerge con chiarezza e in maniera trasversale alle diverse fasce di età è la preoccupazione da parte dei cittadini (47,9%) di non potersi permettere l'assistenza sanitaria quando ne avrà bisogno e, quindi, che il Ssn non riesca a garantire le molte cure innovative già in commercio o prossime alla commercializzazione. Dunque, i cittadini e gli operatori sanitari sono pronti alla



trasformazione digitale. Adesso spetta alla politica far sì che ciò avvenga garantendo l'equità, l'uguaglianza e la sostenibilità del sistema sanitario, il tutto affinché il paziente torni al centro del percorso di cura, valorizzando la sanità come investimento che guarda alla crescita del Paese.

"Investire sulla medicina territoriale e contrastare le disuguaglianze: questi i due punti sottolineati con forza sia dai decisori sia dai cittadini - afferma **Nerina Dirindin**, professoressa d'economia pubblica e politica sanitaria presso l'Università degli Studi di Torino - a conferma della necessità di affrontare le debolezze emerse durante la pandemia con determinazione, in una prospettiva di reale cambiamento dell'offerta di servizi".



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF con i dati completi dell'Indagine *Net-Health*

# Casa della Salute/Casa della Comunità: una guida ad hoc

Un piccolo vademecum redatto da Bruno Agnetti medico di medicina generale, Parma, sulle strutture organizzative prossime venture su cui vertono ancora numerose incertezze e perplessità. Un racconto, ovvero la narrazione delle vicende che partono dall'ACN 2005 ed arrivano fino ai nostri giorni strettamente confinati al campo dell'organizzazione e delle relazioni tra Mmg e istituzioni

**//** *Come organizzare una Casa della Salute/Casa della Comunità senza massacrarsi la vita*. Questo è il sottotitolo 'esaustivo' della "Guida alla Casa della Salute/Casa della Comunità da Pnrr 2021" redatto dal medico di medicina generale **Bruno Agnetti** di Parma e membro del Centro Studi Programmazione Sanitaria della Fismu dell'Emilia-Romagna.

Un vademecum sulle strutture organizzative che si potrebbe collocare alla fine della cascata epistemologica (paradigma, dottrina, disciplina) ispirandosi ad autorevoli Autori tra cui il Prof. **Ivan Cavicchi** e alle sue argomentazioni sui problemi sanitari. Forse proprio all'interno dell'apprendimento applicato (disciplina) può essere inserito l'aspetto organizzativo dell'ambito medico-sanitario che oggi vede come "tendenza del momento" la questione delle Case di Comunità con le sue numerose incertezze, contraddizioni, affermazioni, ripensamenti, dilazioni e quant'altro. Il Centro Studi di Programmazione Sanitaria della Fismu-Emilia Romagna ha raccolto un sintetico insieme di dati, esperienze e relazioni inerenti i temi delle aggregazioni monoprofessionali, pluriprofessionali e multisettoriali territoriali.

Si tratta in pratica di un racconto, della narrazione, delle vicende che partono dal ACN 2005 ed arrivano fino ai nostri giorni strettamente confinati al campo dell'organizzazione e delle relazioni Mmg/istituzioni.

Tutta l'esposizione contenuta nella "Guida" è un resoconto dell'abitudine quotidiana "dello zappare la vigna" che è data ai Mmg (fino ad oggi).

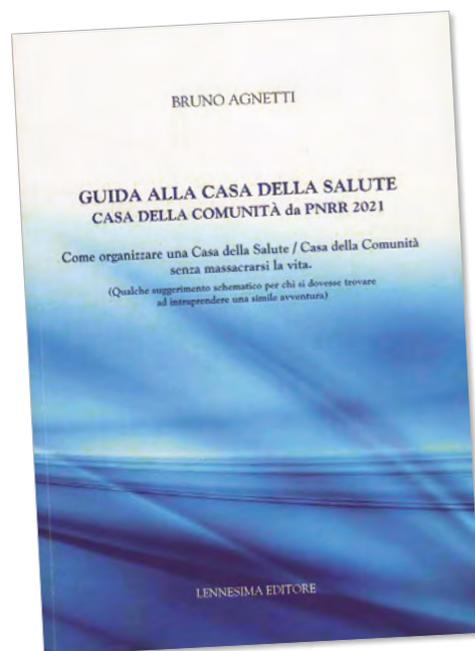
L'argomento non viene sviscerato nella sua complessità, ma presentata, volutamente, qualche suggerimento schematico per chi si dovesse trovare ad intraprendere una simile avventura all'interno della ridda di documenti, a volte contrastanti, che intendono disegnare il futuro dell'assistenza socio-sanitaria territoriale.

Raccontare la storia di alcuni colleghi che hanno operato in Emilia Romagna, in un arco temporale che copre circa 20-30 anni, può essere una modalità per conoscere l'ambiente lavorativo del medico di medicina generale che oggi si trova di fronte alla necessità (per la sua sopravvivenza) di affrontare un enorme trasformazione ontologica per riconquistare una propria imparaggiabilità istituzionale considerato che il gradimento nei suoi con-

fronti da parte dei cittadini rimane sempre molto alto.

## • Come procurarsi la 'Guida'

La casa editrice "Lennesima" provvede alla distribuzione on line del testo cartaceo o della versione in PDF, anche al di fuori dell'Emilia Romagna, con il sistema "Trainingweb" <https://www.trainingweb.it/product/libro-cartaceo/> ed è contattabile al seguente indirizzo: LEN Golfo dei Poeti, 1/A, 43126 Parma; Tel.: 0521 028 455.



# AGGIORNAMENTI



## ■ ALGOLOGIA

*Gestione del dolore cronico nelle cure primarie*

## ■ CARDIOLOGIA

*ACC.22: news dal meeting americano di cardiologia*

## ■ EPATOLOGIA

*Nuova opportunità di trattamento per l'epatite Delta*

## ■ IPERTENSIONE ARTERIOSA

*Ipertensione da camice bianco non è così innocua*

## ■ MEDICINA DELLE MIGRAZIONI

*Profilo di salute e bisogni sanitari dei rifugiati ucraini*

## ■ ORTOPEDIA

*Utilizzo delle cellule staminali mesenchimali*

## ■ ALGOLOGIA

### Gestione del dolore cronico nelle cure primarie

L'obiettivo delle nuove linee guida di pratica clinica del Canadian Pain Task Force è quello di supportare la gestione del dolore cronico, compreso il dolore lombare, osteoartritico e neuropatico nelle cure primarie. La particolarità del documento è che il comitato delle LG è costituito da dieci professionisti sanitari, tra cui 4 medici di famiglia, 1 medico di famiglia con interesse nella gestione del dolore, 1 anestesista, 1 fisioterapista, 1 farmacista, 1 infermiere e 1 psicologo. Le LG si concentrano sull'evidenza della massima qualità per i comuni interventi terapeutici conservativi nella lombalgia, nell'artrosi e nel dolore neuropatico. È stata data la priorità agli interventi accessibili alla maggior parte dei medici di assistenza primaria e vengono evidenziate le migliori evidenze disponibili che includono sia i benefici che i rischi per una serie di interventi terapeutici. I trattamenti per i quali vi è un chiaro, poco chiaro o nessun beneficio sono delineati per ciascuna condizione. Una forte raccomandazione per l'esercizio come trattamento primario per l'osteoartrosi cronica e la lombalgia è basata su prove dimostrate di benefici a lungo termine. Di seguito pubblichiamo una sintesi della sezione dedicata all'attività fisica.

#### Raccomandazioni

L'attività fisica è raccomandata come base per la gestione del dolore nell'artrosi e nella lombalgia cronica; l'evidenza del beneficio non è chiara per il dolore neuropatico. Anche la terapia cognitivo-comportamentale o la riduzione dello stress basata sulla consapevolezza sono suggerite come opzioni per la gestione del dolore cronico.

#### ► Attività fisica

Si raccomanda la discussione dell'attività fisica come base per la gestione dell'artrosi e della lombalgia cronica. Le revisioni sistematiche su queste due condizioni hanno evidenziato che l'esercizio è un intervento efficace per ottenere un significativo sollievo dal dolore (riduzione del dolore di circa il 30%). Va favorito qualsiasi tipo di attività, in base alle preferenze del paziente, poiché probabilmente sono tutte ugualmente efficaci e per i pazienti che richiedono assistenza si consiglia la prescrizione dell'esercizio e l'uso di tracker di attività indossabili.

• **Osteoartrite.** Una metanalisi di 11 RCT ha rilevato che un numero maggiore di pazienti ha ottenuto un

significativo sollievo dal dolore con l'esercizio rispetto al controllo. Il tipo più comune di esercizio erano i programmi guidati dalla fisioterapia.

• **Lombalgia.** Una metanalisi di 18 RCT ha rilevato che un numero maggiore di pazienti ha ottenuto un significativo sollievo dal dolore con l'esercizio rispetto al controllo. Gli interventi erano più comunemente programmi di esercizi guidati dalla fisioterapia, ma includevano anche yoga, pilates, tai chi e nordic walking.

Sia nell'osteoartrosi che nella lombalgia, il beneficio dell'esercizio persiste oltre le 12 settimane. Gli effetti avversi sono stati riportati in modo incoerente. Il ritiro a causa di effetti avversi non è stato aumentato rispetto al controllo.

• **Dolore neuropatico cronico.** Non esiste una raccomandazione specifica per l'attività fisica nel dolore neuropatico cronico, poiché l'evidenza del beneficio non è chiara. Nessuno studio sull'attività fisica ha soddisfatto i criteri di inclusione per la revisione sistematica. Gli autori delle linee guida concludono che l'esercizio si traduce in una piccola potenziale riduzione dei punteggi del dolore e in miglioramenti incoerenti nelle misure della qualità della vita, ma le differenze non sono statisticamente significative.

#### BIBLIOGRAFIA

- Korownyk CS et al. PEER simplified chronic pain guideline: Management of chronic low back, osteoarthritic, and neuropathic pain in primary care. *Can Fam Physician* 2022 Mar; 68(3): 179-190.

■ **CARDIOLOGIA**

## ACC.22: news dal meeting americano di cardiologia

**S**i è svolta in aprile l'edizione 2022 del meeting annuale dell'American College of Cardiology (ACC.22). Sono stati presentati diversi clinical trials e discusse le nuove linee sullo scompenso cardiaco.

► **Scompenso cardiaco**

Frutto della collaborazione tra American College of Cardiology, American Heart Association e Heart Failure Society of America le nuove linee guida ACC/AHA/HFSA sullo scompenso cardiaco includono importanti novità.

Nel documento aumenta l'attenzione sulla prevenzione dell'insufficienza cardiaca nelle persone che mostrano segni precoci di "insufficienza pre-cardiaca" e aggiorna le strategie di trattamento per i pazienti con HF sintomatica per includere gli inibitori SGLT-2. Le linee guida suggeriscono anche raccomandazioni per la gestione dell'amiloidosi cardiaca, delle complicanze cardio-oncologiche, delle comorbidità nel contesto dell'insufficienza cardiaca, nonché considerazioni per i dispositivi impiantabili e le terapie avanzate nell'insufficienza cardiaca in stadio D. Vengono raccomandati interventi di prevenzione primaria per i soggetti inclusi nelle due nuove categorie introdotte nel sistema di

classificazione: a rischio di scompenso cardiaco (Stadio A) e in pre-scompenso cardiaco (Stadio B). A queste si aggiungono le già presenti categorie riguardanti lo scompenso cardiaco sintomatico (Stadio C) e avanzato (Stadio D).

Sono state introdotte nuove raccomandazioni per popolazioni specifiche di pazienti con scompenso cardiaco (con carenza di ferro, anemia, ipertensione, disturbi del sonno, DT2, fibrillazione atriale, coronaropatia e tumori).

► **Vaccino antinfluenzale**

Uno studio randomizzato controllato ha valutato i benefici del vaccino antinfluenzale in pazienti con insufficienza cardiaca, ad alto rischio di eventi cardiovascolari. I risultati mostrano che le persone con insufficienza cardiaca che hanno ricevuto un vaccino antinfluenzale annuale hanno avuto tassi più bassi di polmonite e ospedalizzazione per tutto l'anno e una riduzione dei principali eventi CV durante l'alta stagione influenzale. Tuttavia, i pazienti che hanno ricevuto il vaccino antinfluenzale non hanno mostrato alcuna riduzione significativa dei tassi di eventi CV maggiori su base annua durante il periodo di follow-up di tre anni dello studio.

"I nostri dati suggeriscono che c'è un beneficio clinico del vacci-

no antinfluenzale data la chiara riduzione della polmonite, la moderata riduzione dell'ospedalizzazione e la riduzione degli eventi vascolari e dei decessi durante i periodi di picco dell'influenza - ha affermato Mark Loeb, autore principale dello studio. "Se presi insieme a precedenti studi e studi osservazionali, i dati collettivi dimostrano che c'è un beneficio sostanziale nel ricevere un vaccino antinfluenzale per le persone con insufficienza cardiaca".

► **Assunzione di sodio**

Limitare l'assunzione di sodio potrebbe essere utile per alcuni pazienti. Nello studio SODIUM-HF la consulenza nutrizionale e la limitazione rigorosa dell'assunzione di sale per un anno nei pazienti con insufficienza cardiaca hanno determinato un miglioramento della qualità della vita e a un rallentamento della progressione della malattia, ma la riduzione dell'assunzione di sale non ha ridotto significativamente l'incidenza dei principali eventi avversi o ricoveri ospedalieri. Le attuali linee guida dietetiche negli Stati Uniti, tra cui la linea guida ACC/American Heart Association 2019 sulla prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari, raccomandano di limitare il sodio ma non specificano una quantità giornaliera target. Le linee guida europee hanno precedentemente raccomandato di limitare l'assunzione di sodio nella dieta a 2.400 mg al giorno.

• *Fonte: [www.acc.org/About-ACC/Press-Releases](http://www.acc.org/About-ACC/Press-Releases)*

## ■ EPATOLOGIA

### Nuova opportunità di trattamento per l'epatite Delta

L'infezione da virus dell'epatite Delta (HDV) è sostenuta da un piccolo virus a RNA "difettivo" che utilizza l'HBsAg come involucro esterno, l'antigene di superficie del virus HBV. Per questo motivo, i soggetti HDV positivi sono anche HBV positivi; i pazienti con HDV hanno quindi una doppia infezione. Si ritiene che nel mondo ci siano 10 milioni di soggetti coinvolti e che circa il 10% di coloro con epatite B abbiano anche la Delta, sebbene in tanti non ne siano consapevoli. In Italia si stima che siano affetti da HDV circa 10mila persone.

"Purtroppo sono numeri sottostimati perché molti soggetti HBV positivi non vengono ancora testati per epatite Delta, come viene raccomandato da tutte le linee guida internazionali e italiane - spiega ad *M.D.* **Pietro Lampertico**, Gastroenterologia ed Epatologia, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, ordinario di Gastroenterologia, Università degli Studi di Milano. Questo fa sì che vi sia un notevole sommerso e che le diagnosi siano spesso tardive, lasciando che il virus danneggi il fegato e che, tra coloro che non sono protetti dalla vaccinazione contro l'Epatite B, (obbligatoria per i nuovi nati dal 1991), si diffondano i contagi, che possono avvenire per via parenterale e sessuale.

"Peraltro il test di primo livello, la ricerca degli anticorpi contro l'HDV (anti-HDV) è una indagine di agevole accesso, facilmente eseguibile e di basso costo, disponibile nella maggioranza dei centri di riferimento. In caso di positività il test di secondo livello è l'HDV-RNA (dosaggio quantitativo della viremia circolante) per la conferma diagnostica. Dal punto di vista clinico l'epatite cronica Delta è la forma più aggressiva tra tutte le epatiti croniche virali: è caratterizzata da elevati tassi di scompenso epatico, rapida progressione a cirrosi ed epatocarcinoma e in molti pazienti il trapianto di fegato è l'unica possibilità. Negli ultimi tre decenni il trattamento antivirale utilizzato è l'interferone alfa (in precedenza standard e più recentemente peghilato), un farmaco che però mostra diversi limiti: i tassi di risposta virologica completa sono circa del 20%, tollerabilità ed effetti collaterali sono numerosi ed importanti, può essere utilizzato solo nel 20-30% di questi pazienti. È dunque estremamente importante ricercare nuove strategie terapeutiche".

#### ► **Novità terapeutica**

Recentemente, prima ancora che negli Stati Uniti, è stato approvato da EMA il nuovo farmaco bulevirtide 2 mg, unico per meccanismo

d'azione e somministrazione (iniezioni sottocutanee quotidiane). Il farmaco ha dimostrato negli studi di fase 2 e in quelli in fase 3 una eccellente risposta virologica e biochimica nell'ordine del 50% a 24 settimane di trattamento. La novità importante è che il farmaco non solo può essere utilizzato in casi particolari insieme ad interferone, ma anche in monoterapia nei pazienti che non possono essere sottoposti a terapia con interferone, che sono circa l'80% e soprattutto i pazienti con malattia cirrotica compensata avanzata.

Gli studi sono tuttora in progress e al prossimo congresso dell'Associazione Europea per lo Studio del Fegato, che si svolgerà a giugno, verranno presentati i dati alla settimana 48 dello studio registrativo del farmaco in monoterapia. Un risultato significativo tanto più che spesso l'identikit del paziente affetto da questa patologia riguarda persone di 45 anni, frequentemente di sesso femminile, che muoiono di scompenso o di cancro. Il futuro sarà caratterizzato da terapie di combinazione tra diversi farmaci che sono attualmente in studio. In sintesi una opzione terapeutica nuova ed estremamente importante, a patto che tutti i pazienti con epatite B noti ai centri di riferimento siano scrinati anche per epatite Delta.



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

## ■ IPERTENSIONE ARTERIOSA

### Ipertensione da camice bianco non è così innocua

**L'**ipertensione da camice bianco (WCH) rappresenta un'entità clinica frequentemente rilevata nella pratica quotidiana, caratterizzata da elevati valori clinici e normali della pressione arteriosa domiciliare e/o ambulatoriale. La condizione non può essere considerata innocente poiché è associata ad anomalie metaboliche e danni cardiaci e vascolari agli organi bersaglio. È stata fornita evidenza che lo stato ipertensivo da camice bianco è caratterizzato da un aumentato rischio di eventi cardiovascolari fatali e non fatali rispetto a quello normoteso. Un'attenta valutazione di questa condizione, così come la valutazione del rischio cardiovascolare complessivo del paziente, è essenziale per definire l'approccio terapeutico non farmacologico o farmacologico più appropriato da adottare nella pratica clinica. In un recente studio di popolazione che ha coinvolto oltre 1.400 pazienti, la presenza di ipertensione da camice bianco senza danno d'organo è stata associata a un rischio significativamente più elevato di eventi cardiovascolari fatali e per tutte le cause di mortalità rispetto a uno stato normoteso, e ad un rischio inferiore rispetto ad ipertensione sostenuta. I pazienti con ipertensione da camice bianco hanno anche mostrato un rischio

maggiore a 10 anni di ipertensione sostenuta o danno d'organo rispetto ai controlli normotesi.

Questi dati suggeriscono che la WCH senza danno d'organo è un fenotipo di rischio intermedio tra normotensione e ipertensione sostenuta, associato a rischi più elevati di eventi cardiovascolari, mortalità per tutte le cause e ipertensione sostenuta.

#### ► Studio italiano

Utilizzando i dati di popolazione del registro PAMELA (Pressioni Arteriose Monitorate E Loro Associazioni), una ricerca italiana ha valutato la mortalità cardiovascolare e totale su un follow-up mediano di 29 anni in WCH (definita come una pressione arteriosa elevata in ambiente medico e normale al monitoraggio pressorio ambulatoriale) senza ipertrofia ventricolare sinistra ecocardiografica e senza riduzione della velocità di filtrazione glomerulare stimata.

#### • Risultati

Nei 1.423 soggetti analizzati si sono verificati 165 decessi cardiovascolari e 526 per tutte le cause. Dopo l'aggiustamento per i fattori confondenti, la presenza di WCH in assenza di danno d'organo ha mostrato un rischio di eventi cardiovascolari fatali inferiore rispetto

ai soggetti con ipertensione sostenuta, ma due volte più alto rispetto agli individui normotesi ( $p=0.02$ ), questo vale anche per la mortalità per tutte le cause. Per di più, la presenza di WCH è stata associata ad un rischio più elevato di sviluppare sia danno d'organo che ipertensione sostenuta a dieci anni.

Lo studio fornisce dunque l'evidenza che la WCH senza danno d'organo è accompagnata da un notevole aumento del rischio a lungo termine di mortalità, nuova ipertensione e nuovo danno d'organo.

Già in precedenza **Guido Grassi**, Ordinario Medicina Interna, Direttore Clinica Medica, Ospedale San Gerardo, Monza, Università Milano Bicocca, presidente SIIA (Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa) in un documento dedicato sottolineava l'importanza del rilevamento clinico dell'ipertensione da camice bianco e del suo accurato follow-up. La valutazione del profilo di rischio cardiovascolare e della presenza di danno d'organo bersaglio appare essenziale perché la WCH non è affatto una condizione clinicamente innocente, essendo frequentemente associata ad alterazioni metaboliche, danno d'organo asintomatico e rischio di eventi cardiovascolari.

#### BIBLIOGRAFIA

- Mancia G, Grassi G et al. White-coat hypertension without organ damage: impact on long-term mortality, new hypertension, and new organ damage. *Hypertension* 2022; HYPERTENSIONAHA12118792.
- [www.esccardio.org](http://www.esccardio.org)

## ■ MEDICINA DELLE MIGRAZIONI

### Profilo di salute e bisogni sanitari dei rifugiati ucraini

**I**l diritto a un'assistenza sanitaria giusta ed equa deve essere sempre garantito e particolarmente protetto in situazioni di emergenza e vulnerabilità, come quelle che stanno soffrendo le persone in fuga da Paesi dove c'è una guerra. Come segnala un reportage di *Lancet* dedicato all'accoglienza dei profughi ucraini il primo problema da affrontare è quello di sollevare le persone da una terribile situazione di shock emotivo.

Anche il gruppo ricerca della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni ha elaborato un *position paper* sul prevedibile profilo di salute dei profughi che stanno raggiungendo l'Italia dall'Ucraina, per metterne in evidenza i bisogni sanitari e preparare le risposte adeguate.

Tra le altre cose, si legge nella presentazione, "dovremo occuparci del profilo vaccinale, prepararci a possibili rischi infettivi (HIV e tubercolosi, in particolare), tutelare la salute mentale, in particolare (ma non solo) in considerazione degli effetti psico-traumatologici della guerra.

#### ► **Position paper**

Un'assistenza sanitaria tempestiva e adeguata per i rifugiati ucraini in tutti i Paesi europei di accoglienza dovrebbe considerare aspetti di salute pubblica prebellica, adottando alcune azioni prioritarie per affrontar-

li e garantire la continuità delle cure.

- Dovrebbe essere implementato un sistema di sorveglianza sindromica, adattandolo per valutare i bisogni sanitari diversi dalle malattie soggette a epidemie, comprese le malattie non trasmissibili (MNT) e la salute mentale.

- La vaccinazione dovrebbe essere rafforzata, garantendo la protezione da Covid-19, il contenimento di poliomielite e morbillo e un'adeguata copertura vaccinale per età.

- Devono essere garantiti sforzi adeguati per garantire il *continuum* delle cure per le MNT e le malattie infettive croniche (inclusi HIV e TB), assicurando procedure rapide e adeguate per l'approvvigionamento e la distribuzione dei farmaci e la fornitura in tutti gli Stati membri dell'UE.

- La salute mentale deve essere tutelata con un'adeguata mediazione linguistica e culturale e incoraggiando il ricongiungimento familiare dei rifugiati, soprattutto perché si prevede un aumento della necessità di assistenza sanitaria mentale, per le persone già colpite, per le persone che subiscono traumi legati alla guerra in età adulta ed età pediatrica.

\* Un efficace sistema di informazione sanitaria europea per i rifugiati ucraini faciliterebbe la gestione delle malattie croniche. La protezione dei dati personali e la con-

tinuità assistenziale transfrontaliera potrebbero essere garantite attraverso l'adozione di strumenti digitali, in cui le persone decidono di condividere le proprie informazioni personali caso per caso.

#### ► **Alcuni dati epidemiologici**

In Ucraina le malattie non trasmissibili contribuiscono al 91% dei decessi, in particolare le malattie CV (67%), con un tasso di mortalità per cardiopatia ischemica più di sei volte superiore a quello dei Paesi dell'UE. La prevalenza di DT2 è del 7,1%. Circa il 33% della popolazione offre di malattie mentali nel corso della propria vita (soprattutto gli sfollati interni già presenti nel Paese), con uno dei tassi di suicidio più alti al mondo e tassi elevati di decessi correlati all'alcol.

Preoccupa anche la situazione epidemica Covid-19, con un aumento significativo (555%) dei casi tra gennaio-febbraio 2022, un tasso di mortalità del 2,2% e una bassa copertura vaccinale (35%).

Il Paese ha il quarto più alto tasso di incidenza della tubercolosi tra i Paesi dell'UE e la seconda più alta prevalenza di coinfezione da HIV/TB (26%), con la TB resistente ai farmaci che rappresenta il 29% delle nuove diagnosi.

#### BIBLIOGRAFIA

- Marchese V et al. Examining the pre-war health burden of Ukraine for prioritisation by European countries receiving Ukrainian refugees. *Lancet Regional Health - Europe* 2022; 15: 100369.
- Holt E. Growing concern over Ukrainian refugee health. *Lancet* 2022, 399: 1213-14.

■ ORTOPEDIA

## Utilizzo delle cellule staminali mesenchimali

■ **Marco Pozzolini**

*Specialista in Ortopedia e Traumatologia, Centro Diagnostico Italiano, MI*

**I**l fenomeno artrosico è caratterizzato dal consumo più o meno grave delle cartilagini che ricoprono e difendono le superfici di diverse articolazioni (anca, ginocchia, caviglie, piede, spalla, gomito, polso).

Le terapie tradizionali rappresentate da farmaci antinfiammatori o condroprotettori o dalle più moderne terapie infiltrative (acidi ialuronici o gel di piastrine) alcune volte non sono in grado di risolvere il problema, e rendendo indispensabile la soluzione chirurgica.

Da pochi anni la scienza moderna ha introdotto l'utilizzo delle cellule staminali mesenchimali per la cura di tali patologie.

Le cellule staminali sono cellule multipotenti presenti in gran quantità nel grasso, in grado di trasformarsi in vari tipi di cellule specifiche in particolare in tessuto cartilagineo.

La loro azione consiste nella riparazione del tessuto cartilagineo danneggiato e quindi nel rallentare il naturale invecchiamento delle superfici articolari. Questa innovativa terapia è quindi in grado di evitare o ritardare la necessità di intervenire chirurgicamente con la applicazione di protesi laddove le terapie tradizionali hanno fallito.

► **La tecnica**

La tecnica chiamata "Laypocex" prevede un piccolo intervento che può essere eseguito ambulatorialmente e non presenta nessun rischio o complicanza se non una piccola riacutizzazione del dolore nelle successive 24/48 ore che va rapidamente a risolversi con beneficio sulla sintomatologia dovuto alla azione antinfiammatoria delle cellule introdotte in articolazione.

La terapia si basa su di un prelievo di grasso quasi sempre dall'addome del paziente (liposuzione) eseguito con una piccola anestesia locale. Il prelievo viene immediatamente immesso in un apposito apparecchio dove le cellule mesenchimali vengono lavate e filtrate dal tessuto grasso e successivamente introdotte come una normale infiltrazione nella articolazione sofferente.

Non occorre un particolare decorso post-intervento se non riposo nelle successive 24/48 ore.

Si sono ottenuti buoni risultati anche in individui oltre i 70 anni.

► **Efficacia e sicurezza**

L'efficacia di questa tecnica nel caso dell'artrosi è confermata da numerosi studi che hanno preso in esame varie articolazioni. Una ricerca pub-

blicata nel 2019 sul *World Journal of Stem Cells* ha per esempio effettuato una revisione delle sperimentazioni precedenti dimostrando l'utilità delle cellule mesenchimali nel caso di artrosi del ginocchio.

Sempre nel 2019 è stato pubblicato su *Acta Biomedica* uno studio dei ricercatori del dipartimento di chirurgia ortopedica e traumatologica dell'Università di Verona su pazienti con artrosi dell'anca dal quale è emerso un risultato positivo non gravato da alcuna complicanza.

Una ricerca pubblicata su *Future Medicine* condotta da studiosi australiani su pazienti affetti da artrosi delle ginocchia ha confermato la sicurezza e la efficacia della terapia che si è anche mostrata potenzialmente in grado di prevenire la progressione della malattia.

Sempre con lo stesso obiettivo sono stati trattati casi di tendiniti croniche tra cui quelle del tendine di Achille e le fasciti plantari.

Possiamo pertanto concludere che il futuro delle terapie rigenerative avrà sempre più ampia applicazione e indicazione con l'obiettivo di ridurre o ritardare la necessità di intervenire chirurgicamente con la necessità di protesizzare le articolazioni colpite.

**BIBLIOGRAFIA**

- De Francesco F et al. Human adipose stem cells: from bench to bedside. *Tissue Eng Part B Rev* 2015; 21: 572-84.
- Pak J et al. Current use of autologous adipose tissue-derived stromal vascular fraction cell for orthopedic applications. *J Biomed Sci* 2017; 24:9.
- Senesi L. et al. Mechanical and enzymatic procedures to isolate the stromal vascular fraction from adipose tissue: preliminary results. *Front Cell Dev Biol* 2019; 7: 88.

# Prima e dopo l'intervento chirurgico: il ruolo del medico di famiglia

Quando è previsto un intervento chirurgico, il medico di medicina generale ha un ruolo fondamentale nell'ottimizzazione di molte patologie croniche per ridurre la mortalità perioperatoria ed evitare di ritardare l'intervento. Con l'aumento delle procedure di day surgery può essere necessario gestire effetti collaterali comuni e complicanze del postoperatorio

**Gilberto Lacchia**

*Medico di medicina generale, Ivrea - prescrivere.blogspot.com*

## Valutazione preoperatoria

### • Ipertensione

Le linee guida raccomandano che la pressione arteriosa sia <160/100 mmHg nei 12 mesi precedenti un intervento in elezione. Non ci sono comunque dimostrazioni di benefici nel ritardare un intervento se la pressione arteriosa è <180/110 mmHg. Al contrario, con un'ipertensione stadio 3 (>180/110 mmHg) sono maggiori le probabilità di complicanze perioperatorie, come ischemia miocardica e infarto.

### • Stenosi aortica

È un fattore di rischio che aumenta mortalità e morbilità perioperatoria fino al 14%, con complicanze più frequenti con le stenosi più gravi. I pazienti con stenosi aortica sintomatica sono considerati per interventi in elezione non cardiaci solo se indispensabili. Le stenosi aortiche non diagnosticate possono essere rilevate con un

breve esame cardiovascolare prima dell'invio al chirurgo, soprattutto se in pazienti di età >75 anni.

### • Terapia farmacologica

È essenziale la revisione di tutti i farmaci prescritti e da banco, per prevenire complicanze o effetti avversi. Nella *tabella 1* sono riassunti alcuni consigli sulla gestione perioperatoria delle terapie più comuni. Nei pazienti in doppia terapia antiaggregante dopo l'inserzione di uno stent, la terapia non andrebbe sospesa. Gli interventi in elezione dovrebbero essere rimandati nei portatori di uno stent metallico inserito da meno di sei settimane e di uno stent medicato inserito da meno di 12 mesi.

## Complicanze post-operatorie

### • Nausea e vomito

Sono sintomi che possono interessare il 20-25% dei pazienti dopo un'anestesia generale. Sono

più frequenti nei giovani, nelle donne e in caso di intervento. Gli oppioidi postoperatori possono aumentarne la frequenza.

Solitamente i sintomi sono di breve durata, alcune ore, ma a volte possono durare più a lungo. La nausea può essere gestita in modo semplice:

- evitare di muoversi troppo in fretta;
- bere piccoli sorsi d'acqua e fare pasti leggeri;
- utilizzare un'analgesia adeguata. Possono essere necessari antiemetici come ondansetron, metoclopramide o proclorperazina. I pazienti con nausea e vomito postoperatori prolungati dovrebbero essere rivalutati per cogliere precocemente segni di disidratazione, squilibri elettrolitici o problemi alla ferita chirurgica.

### • Faringodinia

È comune dopo interventi che richiedono l'intubazione. I sintomi di solito si risolvono entro 2 giorni; possono essere attenuati gargarizzando un FANS per ridur-

TABELLA 1

**Gestione preoperatoria della terapia farmacologica**

<b>Terapia cardiovascolare</b>	
Beta-bloccanti	Continuare
Calcioantagonisti	Continuare
ACE-inibitori/Sartani	Sospendere la mattina dell'intervento
Diuretici	Sospendere la mattina dell'intervento
Statine	Continuare
Antiarritmici	Continuare
<b>Anticoagulanti</b>	
Warfarin	Sospendere almeno 5 giorni prima dell'intervento (considerare terapia con EBPM)
Dabigatran	Se eGFR $\geq$ 50, sospendere 2 giorni prima dell'intervento
	Se eGFR <50, sospendere 5 giorni prima dell'intervento
Rivaroxaban	Sospendere almeno 1 o 2 giorni prima dell'intervento
Clopidogrel	Sospendere almeno 5 giorni prima dell'intervento
Aspirina	Sospendere almeno 5 giorni prima dell'intervento
<b>Antismatici</b>	
Broncodilatatori	Continuare
<b>Terapia endocrina</b>	
Terapia sostitutiva per ipotiroidismo	Continuare
Terapia steroidea per m. di Addison	Continuare, considerare l'aumento del dosaggio
Terapia ormonale	Sospendere 4 settimane prima dell'intervento, se possibile
Metformina	Sospendere almeno 24 ore prima dell'intervento
Insulina	Diminuire l'insulina basale/long-acting fino al 50%, coprire con insulina rapida
Inibitori del SGLT-2	Sospendere 3 giorni prima dell'intervento
Analoghi del GLP-1	Sospendere la mattina dell'intervento (farmaci quotidiani) o la settimana prima dell'intervento (farmaci settimanali)
<b>Sistema nervoso centrale</b>	
Fenitoina	Continuare (può essere somministrata per via endovenosa)
Fenobarbitale	Continuare (può essere somministrata per via endovenosa)
Carbamazepina	Dose di carico con fenitoina o fenobarbitale 1 giorno prima dell'intervento; continuare per tutto il periodo postoperatorio
Acido valproico	Dose di carico con fenitoina o fenobarbitale 1 giorno prima dell'intervento; continuare per tutto il periodo postoperatorio
Agonisti 5-HT1 (triptani)	Sospendere (interazioni con altri farmaci, rischio di sindrome serotoninergica)
<b>Urologici</b>	
Alfa-bloccanti/Inibitori della 5- $\alpha$ reduttasi	Continuare
Anticolinergici per instabilità vescicale	Continuare
Inibitori della 5-fosfodiesterasi (prescritti per indicazioni urologiche)	Sospendere 3 giorni prima dell'intervento per il rischio di ipotensione intraoperatoria
<b>FANS</b>	
Ibuprofene	A breve durata d'azione, sospendere 1 giorno prima dell'intervento
Naproxene	A lunga durata d'azione, sospendere 3 giorni prima dell'intervento
Paracetamolo	Continuare
Oppiacei (codeina, fentanyl, tramadolo, tapentadolo, ossicodone...)	Continuare

Modificata da: *Innovait, 2018;11(10), 570-575; Mayo Clin Proc 2021 Jun; 96:1655; Mayo Clin Proc 2021 May;96(5):1325*

re l'infiammazione e il dolore. In caso di sintomi persistenti è utile una consulenza otorinolaringoiatrica.

#### • *Abrasioni corneali*

Durante un'anestesia generale, il 60% dei pazienti non chiude naturalmente gli occhi e la cornea tende a seccare quando è esposta all'aria. Aderisce all'interno della palpebra, e quando le palpebre si riaprono, possono verificarsi abrasioni. Le lesioni possono essere molto dolorose. La guarigione delle abrasioni corneali richiede di solito alcuni giorni. La maggior parte dei pazienti guarisce senza effetti a lungo termine. Colliri e pomate possono essere utili, insieme a un analgesico se necessario.

#### • *Infezioni respiratorie*

È più probabile che si verifichino dopo un intervento toracico o addominale. Il rischio aumenta dopo i 50 anni, con il sovrappeso, nei fumatori o con comorbidità significative come BPCO o diabete. Il dolore postoperatorio può contribuire, poiché il paziente è riluttante a respirare profondamente, tossire o espettorare. Le polmoniti compaiono tra 4 e 7 giorni dopo l'intervento. Vanno sospettate in caso di tosse, febbre, tachicardia o dispnea dopo un intervento chirurgico recente.

#### • *Disfunzione cognitiva*

A differenza del delirium postoperatorio dei primi giorni dopo l'intervento, la disfunzione cognitiva postoperatoria (POCD) può svilupparsi dopo settimane o

mesi. I pazienti riferiscono difficoltà comportamentali crescenti, di memoria e con funzioni mentali complesse (parole crociate o multi-tasking). I problemi di memoria sono spesso il primo segno. La causa della POCD non è chiara. Sono state ipotizzate riduzioni pressorie peri- e postoperatorie, stress del ricovero, suscettibilità genetica e lo stato infiammatorio. È più frequente in età >60 anni, con interventi chirurgici importanti o procedure più lunghe, in caso di infezioni gravi o problemi respiratori postoperatori. Non sembra che ci siano differenze di frequenza tra anestesia regionale o generale. Può regredire nel corso di mesi o anni, ma sono descritti casi permanenti.

#### • *Complicanze neurologiche periferiche*

Le lesioni nervose periferiche possono presentarsi con alterazioni sensoriali o motorie: intorpidimento, formicolio, dolore, debolezza o paresi. Il problema

può verificarsi settimane dopo l'intervento. Le lesioni dei nervi periferici sono rare (<1 caso su 1.000): possono essere causate da compressione o stiramento dei nervi, posizione durante l'intervento, strumentazione chirurgica o lesioni dirette. Le lesioni nervose più comuni sono quelle del nervo ulnare, poiché è vulnerabile alla pressione sul gomito e del nervo peroneo comune, che può presentarsi con caduta del piede (steppage). Il recupero è variabile, ma la maggior parte dei sintomi si risolve completamente entro 3 mesi. Le lesioni midollari spinali, molto più rare, hanno effetti più invalidanti e permanenti. Possono essere causate da inadeguato apporto ematico al midollo spinale da ipotensione, embolie o compressione dei vasi sanguigni, con conseguente paralisi permanente degli arti inferiori e disfunzione autonoma.

In caso di comparsa di nuovi sintomi neurologici dopo un intervento, è opportuna una valutazione neurologica.

#### BIBLIOGRAFIA

- Pfeifer KJ et al. Preoperative management of endocrine, hormonal, and urologic medications: society for perioperative assessment and quality improvement (SPAQI) Consensus Statement. *Mayo Clin Proc* 2021; 96(6): 1655-1669.
- Smetana GV Strategies to reduce postoperative pulmonary complications in adults. UpToDate - Topic last updated: Jun 12, 2020.
- Carnachan A. Anaesthetics: What a GP needs to know. *InnovAiT* 2018; 11(10), 570-575.
- Izumi-Richards N et al. Complications of anaesthesia that might be encountered by Gps. *InnovAiT* 2015; 8(7): 404-410.
- Hafsah Hussain H. Fit for anaesthetic? *InnovAiT* 2015; 8(7): 390-394.
- Warner MA et al. Role of preoperative cessation of smoking and other factors in postoperative pulmonary complications: a blinded prospective study of coronary artery bypass patients. *Mayo Clin Proc* 1989; 64(6): 609.

# Cardiomiopatia da Covid-19: una nuova entità nosologica?

Il caso clinico riportato di seguito tratta di un paziente con infezione da Covid-19 ricoverato presso l'Ospedale "T. Masselli-Mascia" di San Severo durante la prima ondata pandemica per insufficienza cardiaca acuta in una cardiopatia de novo

a cura di: **Pasquale De Luca**

con la collaborazione di: **Antonio De Luca, Giuseppe Ciavarrella, Vito Sollazzo, Paride Morlino, Angelo Benvenuto**

Dipartimento Internistico Multidisciplinare - Ospedale "T. Masselli-Mascia", San Severo (FG)

## ► Introduzione

La malattia da Coronavirus 2019 (Covid-19) è principalmente caratterizzata da sintomi del tratto respiratorio: nella maggior parte dei casi l'infezione decorre in maniera del tutto asintomatica, in un terzo dei soggetti colpiti possono verificarsi sintomi simil-influenzali, mentre in una minoranza di casi (circa il 5-6%) la malattia può manifestarsi in una forma grave caratterizzata da polmonite interstiziale, insufficienza respiratoria e sindrome da distress respiratorio acuto potenzialmente letale.

Come ben documentato dalla letteratura recente, alcuni fattori di rischio cardiovascolari quali l'ipertensione arteriosa e il diabete mellito aumentano la vulnerabilità al Covid-19. Nei casi di grave infezione da SARS-CoV-2 inoltre sono state riportate alcune complicanze cardiovascolari acute che possono influenzare negativamente la prognosi a breve termine dei pazienti colpiti.

## ► Caso clinico

Un uomo di 45 anni, senza precedenti cardiologici, si reca presso il Pronto Soccorso per febbre persistente da 3 giorni, dolore toracico e dispnea. Alla valutazione clinica iniziale erano evidenti i segni clinici della congestione polmonare e periferica, i valori pressori erano tendenzialmente bassi (PA 100/60 mmHg) mentre la saturazione

di ossigeno in aria ambiente era 91%. Gli esami ematochimici mostravano insufficienza renale (creatinemia 3.1 mg/dl) e un moderato incremento degli enzimi di miocardiocitolisi (hsTnT 82 ng/L) e degli indici infiammatori (PCR 30 mg/L). Il tampone nasofaringeo è risultato positivo per infezione da Covid-19. La TAC del torace mostrava i segni di una polmonite interstiziale bilaterale, caratterizzata da reticolazione irregolare inter- e intra-lobulare con associate aree "a vetro smerigliato" nei lobi inferiori di entrambi i polmoni (*figura 1*).

Dopo aver preso visione dell'ECG a 12 derivazioni che mostrava una tachicardia sinusale con diffuse alterazioni della ripolarizzazione ventricolare (*figura 2*), è stato eseguito un "ecocardiogramma fast" che ha evidenziato un ventricolo sinistro moderatamente dilatato, ipertrofico e con severa disfunzione sistolica globale per diffusa ipocinesia parietale (FE <30%).

Il paziente è stato quindi ricoverato presso il nostro Dipartimento di Medicina ed è stato inizialmente trattato con furosemide ev, supporto ventilatorio non invasivo con CPAP alternato a ossigeno ad alti flussi in maschera Reservoir a 15 L/min, terapia antiretrovirale, corticosteroidi, copertura antibiotica ed eparina a basso peso molecolare 4000 UI/die. Nonostante poco tollerata dal paziente per i valori ten-

denzialmente bassi di PA riscontrati durante la degenza, si è tentata l'introduzione e la graduale titolazione della terapia con beta-bloccante.

Al nono giorno di degenza è stato ripetuto l'ecocardiogramma che mostrava un iniziale miglioramento della funzione sistolica ventricolare sinistra (FE 38%) e confermava il moderato ispessimento concentrico delle pareti del ventricolo sinistro con aspetto "granular sparkling" più evidente a livello del setto interventricolare (*figura 3a*), ma con un'evidente severa riduzione della funzione sistolica longitudinale nelle porzioni medio-basali del ventricolo sinistro e risparmio delle porzioni apicali (*figura 3b-e*).

Abbiamo deciso di sottoporre il paziente al decimo giorno di degenza ad una RMN cardiaca che ha mostrato la pre-

FIGURA 1

TAC torace senza mdc

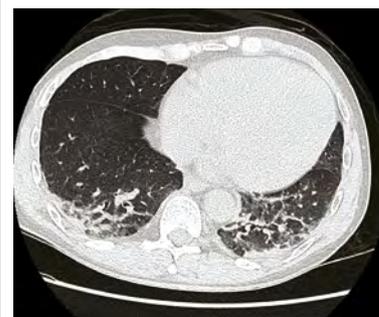


FIGURA 2

**ECG a 12 derivazioni**

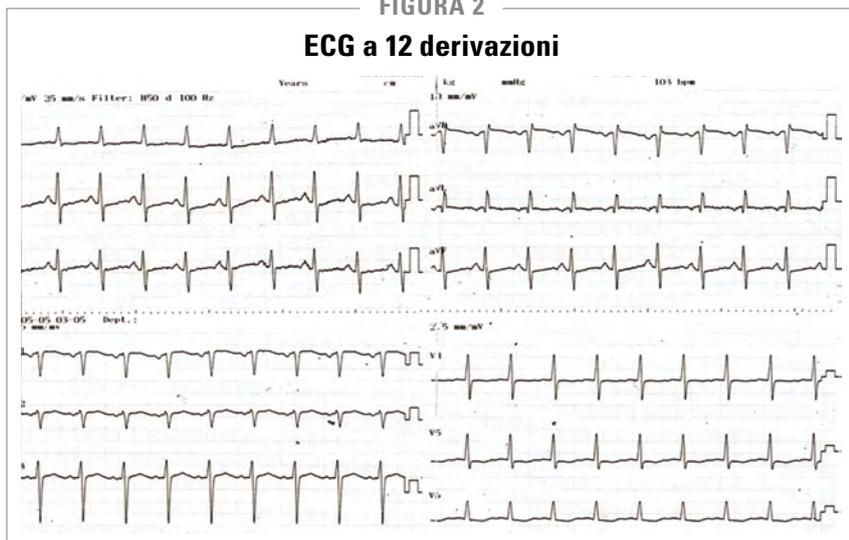
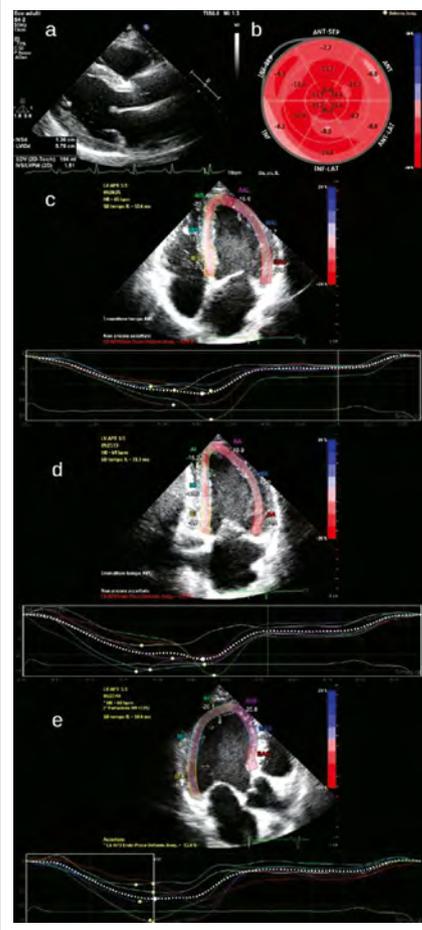


FIGURA 3

**Ecocardiogramma trans-toracico  
(eseguito al nono giorno di degenza)**



senza di un edema focale dei segmenti medio-apicale della parete anteriore, compatibile con infiammazione miocardica in fase sub-acuta (figura 4a-d). Le immagini acquisite dopo la somministrazione di gadolinio hanno invece evidenziato un rapido "uptake" del mezzo di contrasto nel miocardio un "late enhancement" miocardico con distribuzione circonferenziale (figura 4e-f).

Le condizioni cliniche del paziente dopo quindici giorni di degenza erano decisamente migliorate e pertanto abbiamo deciso di dimettere il paziente e completare l'iter diagnostico programmando un nuovo ricovero a negativizzazione del tampone.

Dopo circa 1 mese abbiamo pertanto riaccolto il paziente presso il nostro reparto: lo stesso si presentava in buone condizioni generali.

Dopo adeguata preparazione è stato sottoposto a coronarografia che ha evidenziato la presenza di una moderata coronarosclosi (stenosi 50% dell' IVA media; stenosi 50% I° marginale di CX e occlusione di PL di Cdx di piccolo calibro) con indicazione a terapia medica. Alla dimissione sono stati programmati TAC torace e RMN cardiaca di controllo. La TAC torace ha evidenziato la pressoché completa risoluzione dell'interstiopatia polmonare. La RMN cardiaca

eseguita a due mesi di distanza ha mostrato la riduzione del volume e l'ulteriore miglioramento della funzione sistolica globale del ventricolo sinistro (FE >50%); alle immagini T2 pesate era inoltre evidente la completa risoluzione dell'edema, mentre le immagini acquisite dopo somministrazione di gadolinio confermavano la presenza di diffuse alterazioni della matrice interstiziale ma assenza di "late enhancement".

► **Discussione e conclusioni**

Se inizialmente l'infezione da Covid-19 era stata identificata soprattutto come una patologia respiratoria, con l'aumentare del numero di casi ci si è presto resi conto che una certa quota di pazienti affetti poteva, indipendentemente dalla gravità dell'infezione polmonare, sviluppare una serie di complicanze acute cardiovascolari. Una particolare ed interessante entità definita come "danno miocardico acuto" e caratterizzata da un incremento dei livelli plasmatici di troponina, più o meno associati ad alterazioni ECG e/o ecocardiografiche, è frequentemente riportata nei pazienti Covid. Più raramente si tratta di vere e proprie sindromi coronariche acute, che trovano il loro presupposto fisiopatologico nell'instabilizzazione di placche coro-

nariche pre-esistenti con lo sviluppo di infarto miocardico.

Nella maggior parte dei casi, tuttavia, queste forme di danno miocardico acuto non sono correlate a una patologia coronarica, ma sono la conseguenza dello stato settico e dell'eccessiva attivazione dei sistemi infettivo-infiammatori e possono manifestarsi clinicamente con quadri di miocardite/miocardiopatia da stress.

In letteratura sono stati descritti diversi casi simili al nostro in cui la principale manifestazione clinica della malattia da Covid-19 era un quadro di insufficienza cardiaca o shock cardiogeno, causati da infiammazione miocardica documentata con ecocardiogramma.

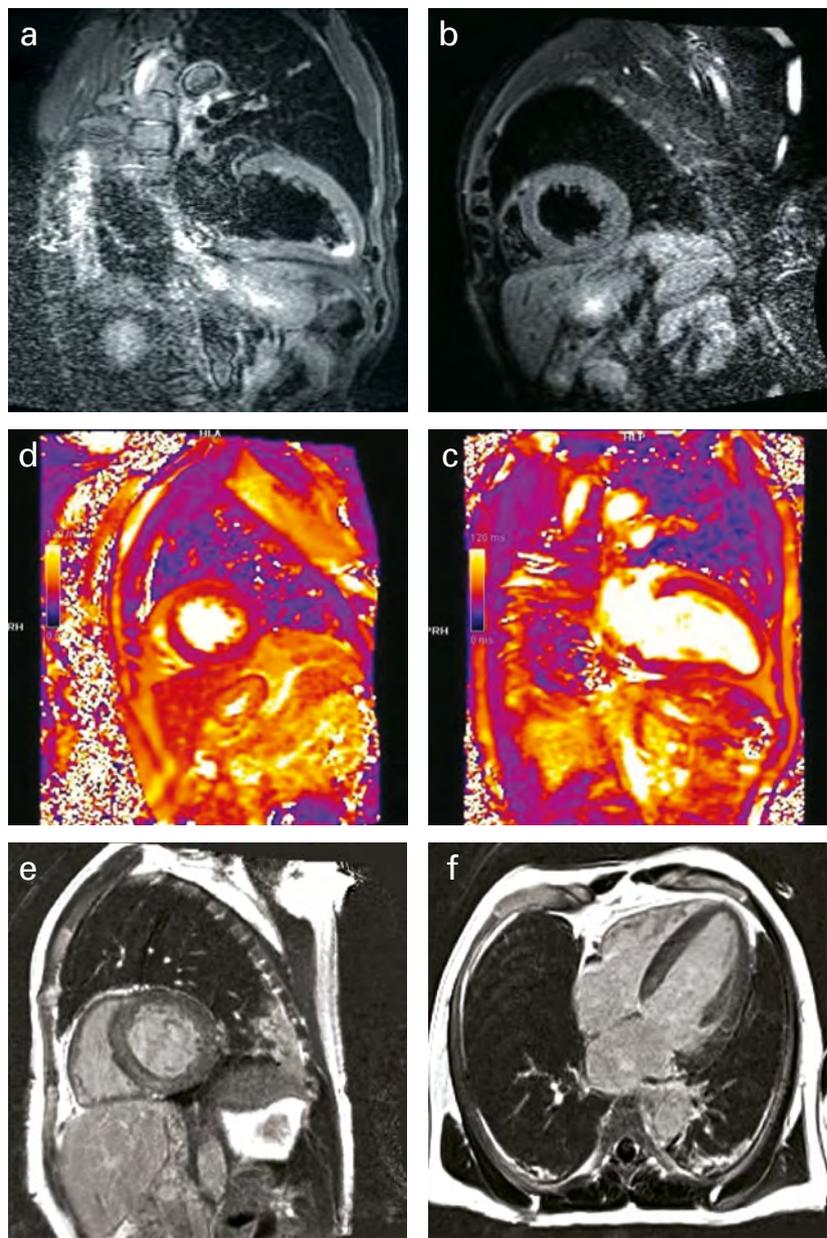
gramma e comprovata dalle immagini di RMN cardiaca.

L'insufficienza renale è frequente nei pazienti Covid-19: più del 40% di loro presenta proteinuria al momento del ricovero ospedaliero mentre alcuni pazienti critici possono sviluppare durante il ricovero un danno renale acuto. I fattori patogeni più comuni sembrano correlati al danno renale diretto (promosso dal legame di SARS-CoV-2 ad ACE-2 su cellule tubulari e podociti), alla formazione di microtrombi dovuti all'ipercoagulabilità e agli effetti della risposta infiammatoria sistemica acuta. La risoluzione del processo infettivo, tuttavia, non ha portato a un miglioramento significativo della funzione renale, quindi possiamo ipotizzare che in questo paziente l'ipertensione grave non diagnosticata da lungo tempo sia stata la principale causa della sua insufficienza renale.

In conclusione, questo caso clinico ci ha insegnato come una condizione di ipertensione grave e non trattata possa aumentare la vulnerabilità cardiaca all'infezione da Covid-19. Alterazioni infiammatorie acute, anche di entità limitata, possono destabilizzare criticamente un danno d'organo preesistente ad eziologia ipertensiva, portando ad una condizione di grave insufficienza cardiaca e severa disfunzione sistolica ventricolare sinistra. Nonostante le limitazioni legate alla pandemia, per arrivare a una corretta diagnosi è stato fondamentale sia l'utilizzo di un imaging multimodale sia l'approccio meccanicistico alle anomalie cardiache riscontrate.

FIGURA 4

**Immagini della RMN cardiaca (eseguita al decimo giorno di degenza)**



**BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE**

1. Cheng Y et al. Kidney disease is associated with in-hospital death of patients with Covid-19. *Kidney Int* 2020; 97: 829-38.
2. Imazio M et al. Covid-19 pandemic and troponin: indirect myocardial injury, myocardial inflammation or myocarditis? *Heart* 2020; 106: 1127-31.
3. Inciardi RM et al. Cardiac involvement in a patient with Coronavirus Disease 2019 (Covid-19). *JAMA Cardiol* 2020; 5: 819-24.
4. Mehra MR et al. Cardiovascular disease, drug therapy, and mortality in Covid-19. *NEJM* 2020; 382(25): e102.
5. Peretto G et al. Acute myocardial injury, MINOCA, or myocarditis? Improving characterization of coronavirus-associated myocardial involvement. *Eur Heart J* 2020; 41(22): 2124-25.
6. Ronco C et al. Management of acute kidney injury in patients with Covid-19. *Lancet Respir Med* 2020; 8(7):738-42.
7. Sala S et al. Acute myocarditis presenting as a reverse Tako-Tsubo syndrome in a patient with SARS-CoV-2 respiratory infection. *Eur Heart J* 2020; 41(19): 1861-62.
8. Tavazzi G et al. Myocardial localization of coronavirus in Covid-19 cardiogenic shock. *Eur J Heart Fail* 2020; 22(5):911-15.
9. Gluckman TJ et al. 2022 ACC Expert consensus decision pathway on cardiovascular sequelae of COVID-19 in adults: myocarditis and other myocardial involvement, post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection, and return to play. *J Am Coll Cardiol* 2022 Mar; 14:S0735-1097(22)00306-0.

# Glifozine e scompenso cardiaco

I farmaci inibitori del co-trasportatore sodio-glucosio (SGLT2i), correntemente definiti glifozine, inizialmente sviluppati per il DM2, hanno dimostrato benefici nel ridurre il rischio di morte per eventi CV e una riduzione del tasso di ricoveri per scompenso cardiaco; questi risultati hanno spinto la ricerca a valutarne l'efficacia nei pazienti con SC anche in assenza di diabete

**Antonio Ferrero** - *Cardiologia ASL T05*

**Tecla Marchese** - *Diabetologia e Malattie metaboliche ASL T05*

**L**o scompenso cardiaco (SC) è una sindrome clinica caratterizzata dall'incapacità da parte del cuore di mantenere un apporto adeguato di sangue per le esigenze metaboliche dell'organismo o del mantenimento di una sufficiente perfusione solo al prezzo di elevate pressioni di riempimento diastolico. Secondo le più recenti linee guida ESC lo SC può essere distinto in tre categorie:

- SC con frazione di eiezione ridotta (HF<sub>r</sub>EF) quando l'EF ≤40%;
- SC a frazione moderatamente ridotta (HF<sub>mr</sub>EF) quando l'EF è compresa tra il 41% e il 49%;
- SC con frazione di eiezione preservata (HF<sub>p</sub>EF) quando l'EF ≥50%.

La prevalenza dell'insufficienza cardiaca nella popolazione adulta è pari al 2% e supera il 10% nei pazienti di età >70 anni. Anche il tasso di mortalità è importante superando il 6% a 12 mesi dalla diagnosi.

L'unica novità apparsa sulla scena terapeutica negli ultimi anni è stata l'associazione sacubitril-valsartan (ARNI) peraltro priva di effetti, al pari di altre classi farmacologiche, nel HF<sub>p</sub>EF.

I farmaci inibitori del co-trasportatore sodio-glucosio (SGLT2i) correntemente definiti glifozine, da principio impiegati nei pazienti con diabete mellito di tipo 2 (DM2),

hanno dimostrato benefici nel ridurre il rischio di morte per eventi CV e una riduzione del tasso di ricoveri per SC; questi risultati hanno spinto la ricerca a valutarne l'efficacia nei pazienti con SC anche in assenza di DM2.

## ► Meccanismo d'azione dei farmaci SGLT2i

Il glucosio filtrato a livello glomerulare viene riassorbito nel tubulo contorto prossimale per azione di SGLT2i. I farmaci inibitori del SGLT2, o appunto glifozine, inibiscono questi trasportatori e favoriscono l'escrezione renale di glucosio. Inoltre inibiscono il riassorbimento del sodio, determinando un effetto diuretico di tipo osmotico; il glucosio non riassorbito raggiunge il nefrone distale provocando un aumento dell'osmolarità tubulare con riduzione del riassorbimento passivo dell'acqua e aumento della clearance libera dell'acqua.

Contrariamente ai diuretici dell'ansa, il meccanismo d'azione degli SGLT2i comporta una maggiore riduzione dei liquidi nel compartimento interstiziale rispetto a quello intravascolare, con conseguente minor impatto sul volume circolante effettivo e sulla perfusione tissutale, mantenimento di un adeguato apporto ematico e riduzione del precarico.

Come conseguenza della glicosuria, gli SGLT2i portano inoltre ad un bilancio energetico negativo inducendo nei cardiomiociti uno stato metabolico simile a quello osservato nella condizione di digiuno con riduzione dello stress ossidativo, miglioramento della funzione mitocondriale e riduzione dello stato infiammatorio; inoltre esercitano un'azione favorevole sullo scambiatore Na<sup>+</sup>/H<sup>+</sup>, con riduzione della concentrazione di sodio e calcio nel citoplasma dei cardiomiociti, aumento delle concentrazioni di calcio mitocondriale, aumento della sintesi di ATP e miglioramento della contrattilità miocardica.

## ► Studi clinici

Per quanto riguarda il DM2 sono stati condotti i seguenti studi: EMPA-REG OUTCOME (empagliflozin); CANVAS (canagliflozin), DECLARE-TIMI-58 (dapagliflozin) ove oltre agli effetti metabolici si è dimostrata la riduzione statisticamente significativa degli eventi CV in particolare nei soggetti diabetici con HF.

Per questa ragione sono stati condotti studi specifici nei pazienti con HF<sub>r</sub>EF: DAPA-HF e EMPEROR-Reduced.

Nello studio DAPA-HF sono stati arruolati 4.744 pazienti diabetici e non

diabetici con HFrEF classe NYHA II, III o IV. Tutti i pazienti erano in terapia ottimale alla quale veniva aggiunto dapagliflozin 10 mg vs placebo. A un follow-up di 18,2 mesi, dapagliflozin ha mostrato di ridurre significativamente l'endpoint composito primario, il tasso di ricoveri per SC e il numero di decessi per cause CV, rispetto al placebo. Dapagliflozin ha anche dimostrato di ridurre l'incidenza di decessi per tutte le cause.

Nello studio EMPEROR-Reduced è stata verificata l'efficacia e la sicurezza di empagliflozin su 3.730 pazienti con SC con EF  $\leq 40\%$  e in classe NYHA II, III o IV. Empagliflozin 10mg vs placebo veniva aggiunto una volta al giorno alla terapia ottimale raccomandata. A un follow-up di 16 mesi, empagliflozin si è dimostrato efficace rispetto al placebo nel ridurre la mortalità CV e il tasso di ospedalizzazione per SC in pazienti con e senza DM2. Empagliflozin ha avuto anche un'influenza favorevole rispetto al placebo su alcuni esiti secondari quali il numero totale di ricoveri per SC: il numero di pazienti trattati necessario per prevenire un endpoint primario era 19. Lo studio EMPEROR-Preserved è stato invece condotto in pazienti con HFpEF ove è stato aggiunto empagliflozin 10 mg/die rispetto a placebo con significativa riduzione relativa dell'end point composito primario, morte cardiovascolare e ospedalizzazione per scompenso cardiaco, del 21%.

Lo studio EMPEROR Preserved è il primo studio che ha dimostrato un beneficio clinico di un farmaco (empagliflozin) in pazienti con scompenso cardiaco a frazione di eiezione preservata.

A questo ha fatto seguito lo studio PRESERVED-HF presentato al meeting annuale della Heart Failure Society of America (HFSA) ove

empagliflozin ha dimostrato un beneficio statisticamente e clinicamente significativo dei sintomi e delle limitazioni fisiche su 324 pazienti con HFpEF.

È infine in corso lo DELIVER su oltre 6.000 pazienti con HFpEF trattati con dapagliflozin di cui si attendono i risultati nel 2022.

I benefici ottenuti nei vari studi clinici hanno portato all'approvazione dell'uso di dapagliflozin nei pazienti con HFrEF senza diabete da parte dell'EMA e l'impiego di queste molecole è stato inserito nelle Linee guida ESC per la gestione dell'insufficienza cardiaca.

I pazienti che possono trarre beneficio dalla terapia con glicofine dovrebbero avere un GFR  $\geq 30$  mL/min, sebbene nello studio EMPEROR Preserved il cut-off di inclusione fosse GFR  $>20$  mL/min.

La dose terapeutica raccomandata, sia per dapagliflozin che per empagliflozin, è 10mg una volta al giorno senza titolazione. Le infezioni delle vie urinarie, costituiscono la principale complicanza associata all'uso di questi farmaci, soprattutto nelle donne: per questa ragione è importante raccomandare ai pazienti una attenta cura dell'igiene intima. Altre cautele riguardano il possibile rischio di deplezione di volume e conseguente ipotensione ortostatica, soprattutto in associazione con i diuretici dell'ansa. Non sono infine emerse chiare evidenze circa il rischio di amputazioni e fratture ossee (segnalato dapprima per canagliflozin).

L'approccio terapeutico ottimale dello SC prevede dunque l'aggiunta di un SGLT2i alla terapia massimale con ACEI/ARB o se tollerato ARNI, beta-bloccante, inibitore mineralcorticoide; resta valido l'impiego di diuretici dell'ansa per il controllo dei sintomi.

Infine è recente la notizia che la Com-

missione Europea (CE) ha autorizzato l'immissione in commercio di empagliflozin per il trattamento dell'insufficienza cardiaca cronica sintomatica con frazione di eiezione ridotta e preservata (HFrEF e HFpEF).

La presenza di DM2 è ovviamente un elemento a favore dell'impiego precoce di questi principi attivi.

#### BIBLIOGRAFIA

- Bragagni A et al. Surprises in cardiology: efficacy of glicofines in heart failure even in the absence of diabetes, *Eur Heart J Suppl* 2021; 23: E40-E44.
- Borghi C et al. The new type 2 diabetes mellitus therapy: comparison between the two classes of drugs GLPR (glucagon-like peptide receptor) agonists and SGLT2 (sodium-glucose cotransporter 2) inhibitors. *Eur Heart J Suppl* 2020; 22: L28-L32.
- Genuardi MV et al. The dawn of the four-drug era? SGLT2 inhibition in heart failure with reduced ejection fraction. *Ther Adv Cardiovasc Dis* 2021; 15:17539447211002678.
- McMurray JJV et al. Dapagliflozin in patients with heart failure and reduced ejection fraction. *NEJM* 2019; 381:1995-2008.
- Packer M et al. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. *NEJM* 2020; 383: 1413.1424.
- Williams DM et al. Dapagliflozin for heart failure with preserved ejection fraction: will the DELIVER study deliver? *Diabetes Ther* 2020; 11: 2207-19.
- Williams DM et al. Are SGLT-2 inhibitors the future of heart failure treatment? The EMPEROR-Preserved and EMPEROR-Reduced Trials. *Diabetes Ther* 2020; 11: 1925-34.
- Hallow KM, et al. Why do SGLT2 inhibitors reduce heart failure hospitalization? A differential volume regulation hypothesis. *Diabetes Obes Metab* 2018; 20: 479-87.
- Starr JA et al. Impact of SGLT2 inhibitors on cardiovascular outcomes in patients with heart failure with reduced ejection fraction. *Pharmacotherapy* 2021; 41(6): 526-36.
- Kosiborod M. Effects of dapagliflozin on symptoms, function, and quality of life in patients with heart failure and preserved ejection fraction: main results from the PRESERVED-HF trial. Presented at: HFSA 2021. September 12, 2021. Denver, CO.

# Individuare le OSAS è una sfida

Episodi di perdita di memoria, nicturia, sudorazione notturna, fibrillazione atriale potrebbero essere il sintomo sottostante ad un'apnea ostruttiva del sonno

## ► Perdita di memoria

- Una paziente di 62 anni, con una brillante carriera di avvocato: recentemente le sue prestazioni lavorative sono scarse. Racconta di avere episodi di perdita di memoria ed è molto preoccupata di sviluppare una demenza. Fortunatamente il suo problema derivava dall'apnea notturna ostruttiva, risolta con la terapia a pressione positiva continua delle vie aeree.
- Una metanalisi di 42 studi sulla memoria in pazienti con apnea notturna ostruttiva (OSA) ha dimostrato che i pazienti erano compromessi rispetto ai controlli sani nella memoria episodica verbale (richiamo immediato, richiamo ritardato, apprendimento e riconoscimento) e sulla memoria episodica visuospatiale (richiamo immediato e ritardato) (*Sleep* 2013; 36: 203).
- Un'altra metanalisi ha trovato un miglioramento della funzione esecutiva nei pazienti con OSA che sono stati trattati con CPAP. Soprattutto nei pazienti che hanno disturbi soggettivi della memoria e non sembrano avere un lieve deterioramento cognitivo o demenza in diagnosi differenziale andrebbe dunque considerata la presenza di OSA (*Sleep* 2018; 36(9): 1297).

## ► Nicturia

Un uomo di 74 anni presentava nicturia. Il paziente è stato sottoposto ad una resezione transuretrale della prostata (TURP), ma il risultato non è stato soddisfacente. Sono stati fatti diversi tentativi farmacologici e la nicturia sembrava migliorare temporaneamente con trazodone (è passato da sette episodi a notte a quattro). Dopo alcuni

anni viene prescritta una polisonnografia: il paziente presentava una grave apnea notturna (Apnea Hypopnea Index, 65; O<sup>2</sup> saturazioni a partire dal 60%). Con il trattamento gli episodi di nicturia sono passati da sette a due ogni notte.

- Una metanalisi di 13 studi ha esaminato l'associazione di OSA con la nicturia, evidenziando che gli uomini con OSA hanno un'alta incidenza di nicturia (*Sleep Breath* 2020; 24(4):1293-8).
- È stato esaminando l'effetto del trattamento CPAP sulla produzione di urina notturna: gli episodi di svuotamento notturno sono diminuiti da 2,1 a 1,2 nei pazienti con apnea ostruttiva del sonno (*Urology* 2015; 85: 333).

## ► Sudorazione notturna

- Uno studio ha evidenziato che il 31% degli uomini e il 33% delle donne con OSA presentava sudorazione notturna, rispetto al 10% della popolazione generale. Quando i pazienti OSA sono stati trattati con pressione positiva delle vie aeree, la prevalenza della sudorazione notturna è diminuita all'11,5% (*BMJ Open* 2013; 3(5): e002795).

## ► Fibrillazione atriale

Negli ultimi anni è stata esplorata la relazione tra fibrillazione atriale (FA) e OSA. L'apnea notturna è altamente prevalente nei pazienti con FA ed entrambe le condizioni sono associate a esiti cardiovascolari avversi.

- Lo Sleep Heart Health Study ha riscontrato un aumento di 4 volte della prevalenza di FA nei pazienti con OSA. Un terzo di loro presentava un'aritmia durante il sonno (*Am J Respir Crit Care*

*Med* 2006; 173(8): 910-16). Allo stesso modo, un altro studio ha scoperto che l'OSA e la sua gravità predicavano fortemente l'incidenza a 5 anni di FA. Stiramento atriale, attivazione neuromorale e condizioni croniche concomitanti (ipertensione, sindrome metabolica e obesità) creano un progressivo rimodellamento strutturale del substrato atriale nei pazienti con OSA (*J Clin Sleep Med* 2021; 17(5): 869-70).

- Uno studio prospettico su 188 pazienti con FA senza una storia di OSA sono stati indirizzati per l'ablazione. Tutti i soggetti sono poi stati sottoposti a polisunnografia domiciliare e il test era coerente con OSA nell'82% dei casi (*Jacc Clin Elettrofisiol* 2020; 6(12): 1499).

I pazienti con OSA non trattata hanno una maggiore probabilità di FA ricorrente dopo cardioversione. La recidiva di FA a 12 mesi è stata dell'82% nei pazienti OSA non trattati, rispetto al 42% del gruppo OSA trattato (p=0,013) e alla recidiva del 53% di controllo (*Circulation* 2020; 107 (20): 2589).

L'OSA crea un substrato complesso e dinamico per la FA, che è caratterizzata da un rimodellamento strutturale a seguito di OSA a lungo termine, nonché cambiamenti elettrofisiologici atriali transitori associati all'apnea acuta e transitoria. Studi non randomizzati suggeriscono che il trattamento dell'OSA mediante CPAP può aiutare a mantenere il ritmo sinusale dopo cardioversione elettrica e migliorare le percentuali di successo dell'ablazione con catetere.

- [www.mdedge.com/familymedicine](http://www.mdedge.com/familymedicine)

# Tachicardia posturale ortostatica

Non sempre è noto come un paziente risponderà a un farmaco appena prescritto. Una corretta revisione della sua storia clinica e dell'uso di farmaci è un primo passo fondamentale per fare qualsiasi diagnosi

**U**na donna di 20 anni si presenta dal suo Mmg riferendo 2 episodi sincopali a distanza di 10 minuti l'uno dall'altro. Racconta che era a casa da sola e che al primo episodio ha perso conoscenza per alcuni secondi e alcuni minuti al secondo e che in entrambi i casi ha avvertito nausea e vertigini prima di perdere conoscenza.

• **Anamnesi.** La paziente nega digiuno, vomito, diarrea, palpitazioni, dolore toracico, incontinenza, traumi orali, mal di testa, febbre, brividi o tremori. Il suo ultimo periodo mestruale è iniziato 3 giorni prima della presentazione degli episodi sincopali; da circa 10 giorni assume sertralina 25 mg/die per ansia e depressione ed etinilestradiolo/noretindrone acetato 20 µg/die per il controllo delle nascite. Ha appena terminato un ciclo di 7 giorni di metronidazolo per vaginosi batterica. Nega uso di droghe o alcol, sincope, convulsioni o altre condizioni mediche. La storia familiare è negativa per qualsiasi condizione cardiaca o neurologica.

• **Visita.** La paziente appare euvolemica. Nel complesso, la revisione dei sistemi respiratorio, cardiaco e neurologico è insignificante. All'ECG ritmo sinusale e intervallo QT nella norma. Le misurazioni della PA e della FC sono: supina, 122/83 mmHg - 67 bpm; seduta 118/87 mmHg - 60 bpm; in posizione eretta 123/83 mmHg - 95 bpm. Oltre all'aumento del polso tra seduta e in piedi, la paziente accusa nausea durante la transizione in posizione eretta. Vengono prescritte indagini ematochimiche (pannello meta-

bolico ed emocromo completi, test ormonale stimolante la tiroide).

• **Work-up di laboratorio:** eritrocitosi lieve con ematocrito ed emoglobina rispettivamente del 46,1% e 15,6 g/dL, nonché ipercalcemia lieve (10,4 mg/dL).

## ► Diagnosi e follow-up

Un aumento della frequenza cardiaca di oltre 30 bpm quando la paziente è passata dalla posizione seduta alla posizione eretta ha indicato una diagnosi di sindrome da tachicardia ortostatica posturale (POTS). Questo ha spinto il curante ad interrompere la terapia con sertralina.

A distanze di 20 giorni dall'interruzione del farmaco, la paziente riferisce di non aver avuto episodi sincopali aggiuntivi. PA e FC: supina, 112/68 mmHg - 61 bpm; seduta, 113/74 mmHg e 87 bpm; in piedi, 108/74 mmHg - 78 bpm. I segni vitali mostrano un aumento del polso di 26 bpm tra sdraiata e seduta, senza alcuna segnalazione di nausea.

## ► Discussione

La POTS è un tipo di intolleranza all'ortostasi correlata ad un aumento significativo del polso senza conseguente ipotensione in piedi. Altri sintomi che accompagnano questo cambiamento di posizione includono vertigini, visione sfocata e affaticamento. La sincope si verifica in circa il 40% dei pazienti con POTS, che può essere più frequente rispetto ai pazienti con ipotensione ortostatica. La prevalenza complessiva di POTS è tra lo 0,2% e l'1%; tuttavia, è ge-

neralmente osservata in un rapporto femmina-maschio 5: 1. La POTS è spesso idiopatica. Detto questo, può anche essere causata da effetti avversi dei farmaci, ipovolemia e fattori di stress, tra cui vaccinazioni, infezioni virali, traumi e fattori scatenanti emotivi. All'esame fisico, questa paziente non sembrava essere ipovolemica, ma poiché aveva iniziato ad assumere sertralina circa 10 giorni prima degli episodi sincopali, l'uso del farmaco era alla base della probabile eziologia in questa giovane donna altrimenti sana.

• **La sincope potrebbe indicare un problema CV più importante.** La diagnosi differenziale dei capogiri con perdita di coscienza si pone con anemia, sincope vasovagale, ipotensione ortostatica, disidratazione, squilibrio elettrolitico, aritmia, sindrome del QT prolungato, anomalia della valvola cardiaca o della struttura e convulsioni. La maggior parte di questi differenziali può essere esclusa dai test di laboratorio di base o dall'imaging cardiaco. Nella POTS, il work-up diagnostico è essenzialmente sovrapponibile rispetto ad altre cause di sincope. L'ipotensione ortostatica, ad esempio, è simile; tuttavia, vi è un ulteriore cambiamento nella PA.

• **Effetti avversi non intenzionali.** Gli SSRI, come la sertralina, sono noti per avere meno effetti avversi CV rispetto agli antidepressivi triciclici e gli inibitori delle monoamino ossidasi. Tuttavia, i casi clinici hanno mostrato un'associazione tra SSRI e sincope.

• *Fonte: J Fam Pract 2021; 70(5):247-248*

# Gestione condivisa della cronicità

L'Accademia di Medicina di Torino ha elaborato un documento il cui obiettivo primario è mantenere quanto più possibile i pazienti anziani, cronici e non autosufficienti al proprio domicilio

**L**a corretta gestione dei malati anziani, cronici e non autosufficienti rappresenta una diffusa criticità del sistema sanitario italiano, orientato prevalentemente sulla cura delle acuzie, in quanto questi malati, spesso per mancanza di opzioni alternative, vengono ricoverati in ospedale con maggiore probabilità di incorrere in ulteriori problematiche psicofisiche, come le cadute, il disorientamento temporo-spaziale, le infezioni ospedaliere.

“L'Accademia di Medicina di Torino ha elaborato un documento, condiviso da numerosi colleghi, nel quale vengono richiamate le principali criticità nella gestione di questi malati, suggerendo le possibili soluzioni, e proponendo un modello organizzativo in grado di tutelare il diritto alla salute e nello stesso tempo consentire al Ssn di gestire al meglio i malati cronici, con particolare riguardo agli anziani non autosufficienti, spesso anche dementi, secondo differenti setting di cura che ne possano consentire il migliore livello di recupero possibile” - scrive **Giancarlo Isaia**, Professore di Geriatria e Presidente dell'Accademia di Medicina di Torino, sul sito OMCeO di Torino, presentando il documento. È stato individuato l'obiettivo primario di mantenere quanto più possibile il paziente nel proprio domicilio, ricorrendo alle soluzioni organizzative più idonee e rendendo altrettanto esigibile il diritto alle cure domiciliari come quello oggi garantito per le cure ospedaliere in elezione e in urgenza.

“Per attuare questo progetto occorre garantire da un lato prestazioni sanita-

rie adeguate, tempestive ed efficaci, ma dall'altro anche prestazioni sociali, in quanto è ben noto dalla letteratura internazionale che l'attivazione di un sistema flessibile di cure domiciliari, integrato con i servizi sociali, può condurre ad un minore accesso e ad una minore durata ai ricoveri ospedalieri, alla riduzione di episodi confusionali, alla diminuzione delle accettazioni nelle strutture residenziali, al miglioramento dello stato funzionale e della qualità di vita, oltre che ad una ottimizzazione dei costi. Il problema fondamentale è che i diversi operatori di cura domiciliare disponibili (Mmg, familiari o caregiver, assistenti familiari, operatori sociali, infermieri di famiglia e di continuità, assistenza domiciliare integrata, ospedalizzazione a domicilio), peraltro non sufficientemente operativi in egual misura su tutto il territorio nazionale, raramente si interfacciano in modo organizzato fra di loro e con le strutture ospedaliere e non sono sempre dotati di sufficiente personale specializzato. La letteratura è ricca di esperienze che supportano la validità di questo innovativo approccio assistenziale, il cui presupposto fondamentale è la disponibilità di operatori sanitari che, opportunamente formati, siano in grado di rispondere a questa esigenza sanitaria: una parte importante in questo contesto potrebbe essere svolta dall'ausilio delle moderne tecnologie di telemedicina, che, strutturata in modo organico, diffuso e accessibile a tutti, può consentire, come risulta da esperienze diffuse in tutto il mondo e anche a Torino, una gestione molto soddisfacente di questi pazienti.

## ► Proposte dell'Accademia di Medicina di Torino

1. Attivare di routine una procedura basata su un approccio olistico al paziente
2. Promuovere un salto di qualità culturale nei medici e negli operatori sanitari, volto a riconoscere il livello di autonomia/dipendenza funzionale come elemento centrale della valutazione del paziente affetto da cronicità
3. Dedicare agli operatori specifici e sistematici interventi formativi
4. Promuovere una riorganizzazione delle cure per complessità clinica e funzionale, piuttosto che articolata in strutture specializzate per singole patologie
5. Attivare un sistema flessibile di cure domiciliari, ed in particolare l'ospedalizzazione a domicilio
6. Adeguare nelle RSA gli standard del personale alle esigenze del malato
7. Ricorrere alla telemedicina
8. Definire le competenze professionali nella cura degli anziani malati cronici, chiarendo quali siano specifiche del Mmg, del fisiatra, del geriatra o di altri specialisti
9. Integrare maggiormente l'assistenza ospedaliere con il territorio
10. Pianificare per ciascun malato un progetto individualizzato di presa in carico dell'ASL e provvedere all'erogazione di sostegni economici ai familiari, se disponibili.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF del Documento sulle Cure Domiciliari

# Burnout e depressione dei medici

Il Report 2022 Medscape “Physician Burnout & Depression” segnala che i tassi di burnout sono in aumento e che la medicina di famiglia è tra prime cinque specialità più coinvolte

**N**el 2020 era difficile immaginare che la situazione potesse peggiorare per i medici. Ma il 2021 ha presentato nuove sfide che sono presenti tuttora: carenza di Mmg, riduzione del personale ospedaliero, continuo stress da Covid, ansie legate alla pandemia nei confronti della famiglia e dei propri cari. Il National Burnout and Depression Report 2022 di Medscape ([www.medscape.com](http://www.medscape.com)) ha chiesto a più di 13.000 medici di 29 specialità (tra giugno e settembre 2021) di condividere i dettagli delle loro vite e delle loro lotte contro il burnout e la depressione. I risultati dipingono un quadro di professionisti che cercano di adempiere alla missione di prendersi cura dei pazienti, ma che lottano per mantenere il proprio benessere nel mezzo di una pandemia globale.

## ► Burnout

Se nel rapporto 2020, il 42% dei medici aveva dichiarato di essere esaurito, nel 2021 la percentuale è aumentata (47%). Forse non sorprende che il burnout tra i medici di emergenza abbia fatto il salto più importante, passando dal 43% al 60%. Terapie critiche (56%), ostetricia (53%), malattie infettive e medicina di famiglia (entrambe al 51%) hanno completato le prime cinque specialità con medici che hanno sperimentato il burnout. In genere il burnout è un problema più grave per le donne medico rispetto agli uomini e la pandemia non ha modificato il trend. Non c'è dubbio che le donne abbiano ripor-

tato una tensione di ruolo molto maggiore rispetto agli uomini: il 56% delle donne e il 41% degli uomini hanno riferito di burnout nel sondaggio pubblicato nel 2022.

Le cause di burnout, tuttavia, non sono particolarmente legate alla pandemia, o almeno non direttamente. Il principale fattore che ha contribuito è l'eccesso di compiti burocratici (60%), mentre il trattamento dei pazienti Covid è stato citato come la principale fonte di stress dal 10% degli intervistati. Il 34% ha affermato che troppe ore di lavoro sono il fattore che contribuisce maggiormente al malessere.

## • Com'è il burnout?

Un medico ha descritto le condizioni che portano al burnout in questo modo: “Mi sento uno impiegato. Corro da un paziente dall'altro e dopo il lavoro clinico, passo ore a documentare, tracciare grafici, gestire i rapporti”. Un altro ha affermato: “Dov'è finito il rapporto con i pazienti che rendeva tutto questo utile?”. Altri hanno denunciato la carenza di personale o una vita familiare travolta: “Il personale si ammala; stiamo tutti correndo cercando di trovare soluzioni, ma non finisce mai”.

Di coloro che sperimentano il burnout, il problema va oltre il posto di lavoro, con il 54% che afferma che ha un impatto forte/grave sulla vita e il 68% che riferisce che influisce sulle proprie relazioni. Una intervistata ha affermato: “Sono sempre stanca; ho difficoltà a concentrarmi, niente tempo per i bambini, più di-

scussioni con mio marito” e un altro: “La casa è caotica quanto il lavoro. Non riesco mai a rilassarmi”.

## • Come affrontarlo

Quando si tratta di metodi per affrontare il burnout, l'esercizio è chiaramente il preferito, con il 63% degli intervistati che afferma che è un aiuto a mantenere la propria salute mentale. Il 41% parla con i familiari o gli amici intimi. Sono stati citati anche meccanismi di adattamento meno salutari, come l'isolamento dagli altri (45%), il sonno (41%), il consumo di cibo spazzatura (35%), il consumo di alcolici (24%).

Il 29% ha provato la meditazione o simili tecniche di riduzione dello stress, mentre altri hanno ridotto l'orario di lavoro (29%) o modificato le proprie impostazioni di lavoro (19%).

## ► Depressione

Circa un quinto dei medici ha dichiarato di soffrire di depressione clinica e il 64% ha riferito di sentirsi “blu, giù o triste”. Un medico ha descritto la sua depressione in questo modo: “Pensavo che la mia vita sarebbe stata fantastica. Ora sento che non c'è speranza, non migliorerà mai, non sarò mai felice”.

Dei colleghi che hanno segnalato la depressione, il 53% ha affermato che la loro malattia non ha influenzato le interazioni con i pazienti, mentre il 34% ha confermato di essere più facilmente esasperato dai pazienti. Alla domanda su come cercare aiuto, il 49% dichiara di ritenere di poter affrontare lo stress emotivo da solo.

# Agopuntura e trattamento delle dipendenze

L'agopuntura si rivela un'arma straordinariamente efficace nel combattere le dipendenze: fin dagli anni '70 in Italia se ne è diffuso l'utilizzo per smettere di fumare, ma si rivela clinicamente efficace in diversi tipi di sostanze

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

La dipendenza è uno dei problemi più importanti di sanità pubblica che ci troviamo ad affrontare e gli strumenti classici non sono sufficienti ad intervenire su una platea di pazienti sempre più ampia e variegata. L'agopuntura si rivela un'arma straordinariamente efficace nel combattere le dipendenze: fin dagli anni '70 in Italia se ne è diffuso l'utilizzo per smettere di fumare, ma si rivela clinicamente efficace in diversi tipi di sostanze e consente di ottenere risultati anche su pazienti considerati *non responder* ai trattamenti convenzionali. È nota l'esperienza del Vietnam che, dopo la guerra, ha condotto una campagna di intervento sulla dipendenza da eroina con elettroagopuntura con tassi di successo dell'80%, la cui efficacia è stata confermata dalle diverse esperienze condotte sia in Italia che a livello internazionale.

## ► Effetti dell'agopuntura

Conoscere il contributo specifico dell'agopuntura è estremamente importante per il medico che indirizza il paziente. L'effetto ansiolitico e antidepressivo non esaurisce le possibilità che offre il trattamento, anzi è la punta dell'iceberg di una regolazione neuroendocrina in grado di attivare diversi circuiti limbici coinvolti nella dipendenza. Oltre all'efficacia antispastica ed antidolorifica si osserva una riduzione dei sintomi dell'astinenza, del *craving* e un rapido miglioramento complessivo dello stato di

salute e della qualità del sonno che motiva il paziente ad aderire ai percorsi proposti. Questi effetti si osservano a prescindere dal tipo di sostanza di abuso e sono efficaci sia nelle dipendenze farmacologiche - come da ipnotici e oppioidi - (Smith MO, Khan I. *An acupuncture programme for the treatment of drug-addicted persons*. Bull Narc. 1988; 40(1): 35-41), che nelle dipendenze da sostanze "ricreative" come alcool o cocaina (Abenavoli L et al *"Complementary Therapies for Treating Alcoholism"*. Fitoterapia, 2008). L'effetto sulla dipendenza da oppioidi è sorprendente anche nel paziente anziano o complesso, che rapidamente migliora nel dolore e nei diversi parametri respiratori e gastrointestinali, che sono troppo spesso causa di accesso ai servizi di emergenza. Negli Stati Uniti è in uso dal 1975 il *protocollo Acudetox* che utilizza semplici trattamenti auricolari da affiancarsi alle terapie convenzionali incrementandone l'efficacia. Questo protocollo è stato sviluppato dal Dr. Michael Smith nel *Lincoln Detox Program* di New York, che è arrivato ad effettuare 200 trattamenti al giorno e dove si è osservata per la prima volta nel contesto di una metropoli occidentale, il contributo dell'agopuntura: trattamento sicuro, che non produce assuefazione, dal costo estremamente limitato e che consente di intervenire in modo fisico sulla dipendenza rinforzando gli sforzi del paziente. Nel

caso del *protocollo Acudetox* i trattamenti sono auricolari e questo consente una grande flessibilità sia nel setting che nel numero di pazienti che si possono trattare in un giorno. L'auricoloterapia è sicuramente la tecnica più studiata nel contesto della dipendenza, data la sua specificità e maneggevolezza. La stimolazione auricolare consente di modulare l'attività elettrica delle strutture mesencefaliche e limbiche tramite l'azione sui nervi cranici e modifica la secrezione di diversi neurotrasmettitori intervenendo quindi sia sui meccanismi mentali della dipendenza che su quelli fisici e autonomici.

## ► Riflessioni

La domanda che ci si deve porre dopo decenni di sperimentazioni in tutti i contesti clinici è se sia opportuno rinunciare al contributo dell'agopuntura nel trattamento delle dipendenze. Ad oggi in Italia sono pochi i servizi pubblici che la utilizzano - una menzione la merita il Centro Alcolologico di Firenze - e quando si trova è soltanto grazie a medici che caparbiamente non rinunciano ad offrire un miglior trattamento al paziente, anche senza tutele o incentivi che consentano loro di operare serenamente. Non dovrebbero godere di maggior attenzione le terapie efficaci, sicure e a costo zero, specie se riguardano patologie ormai endemiche? Domanda ovviamente retorica per chi ha a cuore il Sistema Sanitario Nazionale.



# NUTRIENTI e SUPPLEMENTI

INFORMAZIONE QUALIFICATA DA FONTI QUALIFICATE



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



## CA PANCREATICO E MICROBIOTA INTESTINALE



## PARKINSON E BENEFICI DELLA VITAMINA D



## MELOGRANO E GLI EFFETTI POSITIVI SULLA FATICA



## ZINCO E FUNZIONE SUL SISTEMA IMMUNITARIO



## DEFICIT DI FOLATO E DEMENZA IN TARDA ETÀ



## MANGIARE VELOCEMENTE E RISCHIO DI DISLIPIDEMIA NEGLI OBESI

## Ca pancreatico e microbiota intestinale

*In futuro potrebbe bastare un esame delle feci per l'individuazione di un tumore del pancreas*

■ Dai risultati di uno studio (*Kartal E et al. A faecal microbiota signature with high specificity for pancreatic cancer. Gut 2022 online*) sembra che l'analisi del microbiota intestinale potrà ovviare agli attuali strumenti diagnostici spesso invasivi e tardivi. Date alcune recenti evidenze sul ruolo che una disbiosi intestinale può esercitare sullo sviluppo e la progressione della malattia, lo studio ha analizzato 100 campioni di saliva e 212 di feci e tessuto pancreatico di 57 adulti cui era stata appena diagnosticata una forma duttale di cancro pancreatico e prima di qualsiasi trattamento: 25 avevano una malattia in stadio iniziale e 32 in fase avanzata. Due i gruppi di controllo: 50 persone sane e 29 persone con pancreatite cronica, noto fattore di rischio.

### ► Risultati

Il primo riscontro ottenuto è stato che i campioni salivari si sono rivelati meno indicativi di quelli fecali che, invece, hanno mostrato importanti differenze tra i gruppi. L'analisi

si genomica ha identificato un caratteristico arricchimento di alcune specie a discapito di altre.

I campioni fecali hanno mostrato importanti differenze tra i gruppi. L'analisi genomica ha identificato un caratteristico arricchimento di alcune specie a discapito di altre. In particola-



re, nei campioni di feci dei malati di cancro abbondavano *Methanobrevibacter smithii*, *Fusobacterium nucleatum*, *Alloscardovia omnicoles*, *Veillonella atypica* e *Bacteroides finegoldii* mentre erano totalmente assenti *Faecalibacterium prausnitzii*, *Bacteroides coprocola*, *Bifidobacterium bifidum* e *Romboutsia timonensis*. Un profilo microbico costante, indipendente dalla progressione della malattia, a segnalare come evidentemente compaia già nelle fasi iniziali e potrebbe rappresentare un utile marker diagnostico. La precisione del test, secondo gli autori della ricerca, è buona ma viene migliorata combinandolo con l'analisi dei livelli ematici di antigene carboidrato 19-9, già impiegata per monitorare la progressione del cancro del pancreas dopo la diagnosi. La convalida del sistema è avvenuta in Germania su un ulteriore gruppo di 44 pazienti con cancro del pancreas e 32 controlli e poi sui dati di 5.792 campioni pubblicati in 25 diversi studi, consentendo anche di va-

lutare la specificità rispetto a condizioni di salute diverse come, per esempio, altri tumori o il diabete di tipo 2.

#### ► Commenti

Secondo gli Autori, le indicazioni sono tali da poter ipotizzare l'identificazione di una firma microbica del tumore pancreatico, facilmente individuabile e utilizzabile su più fronti, dalla profilassi, alla diagnosi precoce, alla terapia.

Cautela in un editoriale di commento: "Sebbene promettenti, questi risultati hanno un valore clinico limitato. I marcatori predittivi dovranno essere testati utilizzando una coorte prospettica prima di giungere a una conclusione sul loro impatto clinico. Interessante, tra l'altro, sarebbe indagare quanto queste evidenze siano valide anche per altri tipi di cancro. Ciò detto, la ricerca fornisce un contributo importante nell'individuazione di marker predittivi non invasivi del tumore pancreatico".

## Parkinson e benefici della vitamina D

*Una review suggerisce che la vit. D può migliorare la sintomatologia motoria e diminuire i rischi di caduta*

■ La vitamina D come supporto alle terapie in caso di malattia di Parkinson, per rallentare il processo neurodegenerativo, migliorare il controllo motorio e frenare il rischio di caduta. Il suggerimento arriva da un gruppo di ricercatori del dipartimento di Biomedicina, Neuroscienze e Diagnostica avanzata dell'Università di Palermo a seguito di una review della letteratura da loro condotta e pubblicata di recente su *Nutrients* 2022; 14(6): 1220.

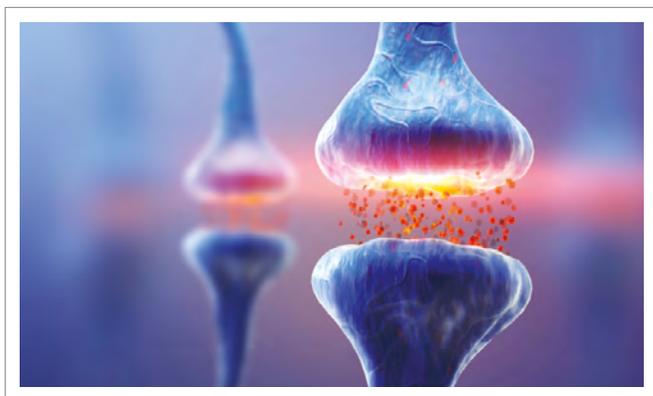
Precedenti ricerche avevano messo in evidenza come un deficit di vitamina D si correlasse a malattie psichiatriche quali, per esempio, depressione, disturbo bipolare e schizofrenia, nonché di tipo neurologico, inclusi disturbi neurodegenerativi come demenza o Parkinson. Da qui l'ipotesi che una correzione possa

evitare l'insorgenza della malattia o migliorarne gli esiti clinici.

"Nel nostro lavoro, abbiamo raccolto i dati oggi disponibili sul ruolo della vitamina D in numerose funzioni fisiologiche, dalla modulazione della risposta immunitaria alla regolazione dello sviluppo cerebrale e dei processi di invecchiamento", sottolineano gli Autori.

"La vitamina D ha effetti antiossidanti, riducendo così la formazione di radicali liberi e la progressione del danno neurodegenerativo. Quello che sembra emergere, infatti, è che bassi livelli sierici di 25(OH)D aumentino il rischio di sviluppare il Parkinson, mentre valori più elevati si associano a migliore sintomatologia motoria, in particolare con benefici sul controllo dell'equilibrio e riduzione del rischio di frattura.

Sono sicuramente necessari ulteriori studi clinici per stabilire il ruolo della vitamina D nell'insorgenza del Parkinson, sui sintomi motori e non e sulla progressione della malattia. Ancora, peraltro, non è stato dimostrato se un'eventuale integrazione a supporto della terapia farmacologica e riabilitativa possa portare benefici. Tuttavia, considerando i rischi limitati, siamo abbastanza fiduciosi nel ritenere che un'integrazione garantirebbe tre importanti risultati: benefici di salute pubblica, considerando il ruolo della vitamina D nello sviluppo cerebrale e la sua influenza nella patogenesi di molti disturbi neurologici, compreso il Parkinson; azione di rallentamento sulla progressione di alcuni sintomi della malattia; riduzione del rischio di frattura nei parkinsoniani".



## Melograno e gli effetti positivi sulla fatica

*Dati preliminari segnalano che un estratto di melograno genera benefici sulla fatica a breve termine*

■ Uno studio preliminare, realizzato dall'Università di Napoli Federico II, evidenzia il ruolo di un estratto di melograno in abbinamento a vitamine del gruppo B e C nel contrastare l'affaticamento prolungato o a breve termine. L'indagine è stata condotta su 78 soggetti (21 uomini e 57 donne), trattati per un mese al fine di testare l'efficacia e la tollerabilità dell'estratto attraverso questionari internazionalmente validati per la valutazione del livello di fatica e della qualità della vita. I risultati hanno messo in evidenza elementi molto positivi a favore del melograno nel combattere la sensazione di

affaticamento. Il melograno, in combinazione con le vitamine del gruppo B e la vitamina C, ha fornito risultati promettenti in quanto sembra aiutare nelle situazioni di fatica non patologica. Pertanto, in collaborazione con i Mmg si proseguirà la ricerca nei prossimi mesi, con uno studio clinico interventistico randomizzato, controllato con placebo, in doppio cieco, che possa confermare l'efficacia dell'estratto abbinato alle vitamine idrosolubili, contro l'affaticamento prolungato o short-term fatigue, evidenziata da questa prima indagine.

## Zinco e funzione sul sistema immunitario

*Uno studio svela i benefici dello zinco su timo e linfociti T nei tumori ematici*

■ Uno studio sui tumori ematici, pubblicato su *Blood*, svela per la prima volta alcuni meccanismi chiave attraverso i quali lo zinco esercita una preziosa funzione sul sistema immunitario. Gli scienziati già si erano accorti come bassi livelli di zinco si correlassero a deficit di cellule T e a riduzione del volume del timo, dimostrando come il minerale fosse in grado di facilitare il recupero della funzione immunitaria nei pazienti con mieloma multiplo sottoposti a trapianti di cellule staminali. Non era chiaro, però, perché. La scoperta giunge da una ricerca su un modello sperimentale in cui si è potuto verificare come anche topi di topo sottoposti a dieta senza zinco si rimpiccioliscono, producendo un numero significativamente inferiore di cellule T mature. In brevissimo tempo, peraltro, ovvero dopo appena tre settimane: senza zinco i linfociti T non possono maturare completamente. Allo stesso modo, trattamenti sui topi simili a quelli sull'uomo prima di un trapianto di staminali, determinano carenza di zinco con deplezione di linfociti T e rallentamento dei tempi di ripristino delle scorte. Al contrario, zinco abbondante consente alle cellule di riprendersi più velocemente: "Con un'integrazione abbiamo ottenuto una più rapida riparazione dei danni causati al timo dalle terapie e una rigenerazione più rapida di linfociti T nel sangue periferico. Ci era, però, ancora poco chiaro il meccanismo". L'aspetto sorprendente è stato verificare che lo zinco accumulato nei linfociti T viene liberato nella matrice extracellulare quando questi vengono, per esempio, distrutti dalle tera-

pie, avviando un processo biochimico che attiva il recettore Gpr39 sulle cellule endoteliali inducendole a produrre Bmp4, fattore cruciale per la rigenerazione timica. Così concludono: "C'è ancora molto da apprendere. I pazienti trapiantati ricevono già diversi integratori minerali e sarebbe importante assicurarsi un adeguato rifornimento di zinco in caso di carenza, benché oggi non si disponga di test soddisfacenti per l'analisi e per la cui messa a punto, stiamo lavorando. L'area di ricerca è di estremo interesse e potrebbe portarci a studiare le ricadute sui processi degenerativi fisiologici del timo legati all'invecchiamento, laddove sappiamo che la funzionalità dell'organo tende a diminuire con l'età esponendoci a maggiori rischi di infezioni".



## Deficit di folato e demenza in tarda età

La carenza di acido folico è associata a demenza in età avanzata. Potrebbe essere utile il suo monitoraggio

■ La carenza di acido folico (vitamina B9) in tarda età potrebbe rappresentare un utile marcatore di rischio per lo sviluppo di demenza, se non addirittura di mortalità. Il dato giunge da uno studio osservazionale (*Rotstein A et al Serum folate deficiency and the risks of dementia and all-cause mortality: a national study of old age. Evidence-Based Mental Health 2022 Online*).

Sono stati presi in esame i dati di circa 27 mila israeliani tra i 60 e i 75, monitorati dal 2013 al 2017. A inizio studio, nes-



suno presentava segnali di deterioramento cognitivo. Il bilancio finale ha messo in evidenza come in ben il 13% dei partecipanti si registrasse una carenza ematica di folato, sotto i 4,4 ng/ml. Rispetto agli outcome presi in considerazione, il rischio di demenza e di morte per qualsiasi causa è risultato più alto, rispettivamente, del 68 e del 300% tra coloro che mostravano deficit di vitamina B9, pur con correzione di tutti i fattori potenzialmente confondenti.

“La carenza di folato andrebbe monitorata e corretta in età avanzata, dal momento che i livelli ematici tendono a diminuire nel tempo”, commentano gli Autori. “È possibile che la carenza di folati possa determinare un innalzamento dei livelli di omocisteina nel sangue con danni conseguenti alle pareti dei vasi sanguigni e ricadute sul tessuto nervoso. Allo stesso tempo, c’è la possibilità che livelli sotto la norma di acido folico compromettano la riparazione del Dna dei neuroni, rendendoli vulnerabili al danno ossidativo, che a sua volta potrebbe accelerare l’invecchiamento e il danneggiamento delle cellule cerebrali”.

E concludono: “Lo studio ha delle implicazioni per le politiche di salute pubblica, suggerendo il monitoraggio delle concentrazioni di acido folico nel sangue negli anziani e il trattamento della carenza come misura preventiva”.

## Mangiare velocemente aumenta il rischio di dislipidemia negli obesi

Mangiare troppo in fretta raddoppia il rischio di dislipidemia; pranzare e cenare restando seduti a tavola almeno 20 minuti aiuta invece il metabolismo e consente anche di tenere meglio sotto controllo l’introito calorico e quindi il peso. Lo dimostra una ricerca dell’Università Federico II, coordinata da **Annamaria Colao**, Presidente della Società Italiana di Endocrinologia (Barrea L et al. “*Forever young at the table*”: metabolic effects of eating speed in obesity. *J Transl Med* 2021)



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Annamaria Colao

**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)