

M.D.

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

Anno XXVII, numero 4 - 2020

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

IN QUESTO NUMERO

RIFLETTORI

6

**Il territorio abbandonato:
politiche regionali,
cure primarie e Covid-19**

ESPERIENZE

8

**Microteam Covid-19:
la risposta della Medicina
Generale di Verona**

RICERCHE

32

**Lesioni cutanee
a lenta guarigione**

RASSEGNA

36

**Covid-19 e sistema
renina-angiotensina-aldosterone**



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



Andrea Mangiagalli

Medico di medicina generale, Pioltello (MI)

**Le incertezze della Fase 2
e i timori per ciò che ci aspetta**

ATTUALITÀ

■ Prima pagina	5
Le incertezze della Fase 2 e i timori per ciò che ci aspetta	
■ Riflettori	6
Il territorio abbandonato: politiche regionali, cure primarie e Covid-19	
■ Esperienze	8
Microteam Covid-19: la risposta della Medicina Generale di Verona	
■ Tribuna	10
Non è il momento di riforme	
■ Professione	12
La sicurezza degli studi medici in tempi di Coronavirus	
■ Contrappunto	13
Lombardia e il check up della discordia	
■ Focus on	14
Anche in tempo di pandemia gli italiani scelgono il medico di famiglia	
■ Counselling	18
Interazione tra storia del pensiero e rapporto medico paziente	
■ Appunti	20
Il Cavaliere della Valle Sedentaria	
■ Riflessioni	21
L'utilità dello psicoterapeuta non solo in tempi di Coronavirus	
■ Indagini	22
Disagio sociale degli operatori sanitari	

AGGIORNAMENTI

■ Algologia	24
Suggerimenti pratici per il trattamento del dolore	
■ Allergologia	25
Documento di indirizzo per pazienti allergici respiratori	
■ Dermatologia	26
Sars-CoV-2 e cute: una relazione possibile	
■ Diabetologia	27
Diabete e Sars-CoV-2, prevenzione e monitoraggio	
■ Malattie del metabolismo minerale e osseo	28
Raccomandazioni per la gestione dei pazienti con osteoporosi	
■ Psichiatria	29
Associazione tra disturbi mentali ed emergenza sanitaria	
■ Medicina interna	30
Disturbi elettrolitici nei pazienti affetti da Covid-19	

CLINICA E TERAPIA

■ Ricerche	32
Lesioni cutanee a lenta guarigione in Medicina Generale	
■ Prevenzione	35
Sarcopenia e sviluppo di diabete	
■ Rassegna	36
Covid-19 e sistema renina-angiotensina-aldosterone	
■ Medicina narrativa	38
Il vissuto delle terapie intensive	
■ Osservatorio	40
Prevenzione e rischio ambientale	
■ Rassegna da Nutrienti e Supplementi	43

M.D.
MEDICINAE DOCTOR

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXVII numero 4 maggio 2020

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

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Pubblicità

Teresa Premoli
Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

Le incertezze della Fase 2 e i timori per ciò che ci aspetta

// Dopo il disastro della Fase 1 in Lombardia, la Fase 2 è iniziata con le stesse premesse e cioè con assenza di tracciatura, di tamponi in tempo reale". Ha esordito così **Andrea Mangiagalli**, medico di medicina generale di Pioltello, nell'intervista rilasciata a *M.D. Medicinae Doctor*.

Mangiagalli è uno dei Mmg del gruppo *Medici in Prima Linea*, costituitosi su *WhatsApp* a fine febbraio. In assenza di un piano per la gestione dell'emergenza sul territorio, il gruppo ha condiviso informazioni scientifiche ed esperienze cliniche anche con i colleghi ospedalieri, mettendo a punto un Protocollo d'intervento per gestire a domicilio i pazienti che riferivano sintomi sospetti di positività al Covid-19. Non hanno ritenuto "etico", in un tale frangente, mettere in atto una Medicina d'attesa, aspettando un ulteriore aggravamento dei sintomi tale da legittimare il ricovero e il ricorso alle terapie intensive, da cui molti dei loro pazienti non sono usciti vivi. Lo schema terapeutico che hanno condiviso e impiegato: idrossiclorochina, azitromicina ed eparine a basso peso molecolare, oggi è stato ufficialmente "riconosciuto" dall'Aifa come terapia utilizzabile per il trattamento della malattia Covid-19. Forti della loro esperienza sul campo, hanno inviato a metà aprile una missiva al Governatore Fontana, al Ministro della Salute e alla FNOMCeO, in cui, denunciando tutti i *vulnus* della situazione emergenziale affrontata, hanno messo nero su bianco delle proposte per fronteggiare la convivenza con il virus.

In assenza di un vaccino, di una cura e di una strategia uniforme sul territorio (testare, tracciare, trattare) per il contenimento del virus dopo la prima ondata, Mangiagalli non sembra affatto ottimista sulle prospettive future, soprattutto quando in autunno-inverno si dovrà gestire anche la sindrome influenzale e sarà difficile poter fare una diagnosi differenziale. "O troviamo un sistema di tracciatura e di diagnosi rapido - precisa - che venga affidato anche al territorio, creando un organizzazione del lavoro negli studi dei Mmg con percorsi Covid e non Covid, oppure ci ritroveremo in un caos peggiore di quello che ci ha portato al *lockdown*".

La prima cosa da fare per Mangiagalli è riaprire i distretti e gli uffici di Igiene, dotandoli non solo di competenze amministrative, ma di strumenti tali da poter essere un reale presidio territoriale delle malattie infettive. "Dopodiché - continua - capiremo cosa fare. Con l'arrivo della sindrome influenzale ci ritroveremo a dover gestire anche il carico della campagna vaccinale e, considerata la carenza di vaccini della precedente, la prospettiva non è affatto rosea, perché potremo fare molto poco se non vaccinare e visitare gli ammalati e quindi il sistema delle cure territoriali di fatto potrebbe bloccarsi, con un sovraccarico di diagnosi incerte e di terapie ancora più incerte basate puramente sulla clinica. Stavolta con la complicazione in più che di mezzo ci potrebbe essere anche il virus influenzale, ammesso che il Covid non abbia più forza per spiazzare direttamente il virus anti influenzale e rimanere quindi in un *continuum* da adesso fino a tutta la stagione invernale, con le conseguenze drammatiche che possiamo immaginare. In questo contesto l'isolamento familiare sarà ancora più difficile, infatti, a causa delle temperature invernali si starà più chiusi in casa".

A.S.



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

Il territorio abbandonato: politiche regionali, cure primarie e Covid-19

Un articolo corale, firmato da un gruppo di medici di medicina generale della Lombardia, che invita alla riflessione e al dibattito su di un'emergenza che ha trovato tutti impreparati. Lo choc della pandemia può essere l'occasione per ricostruire la comunità di pratica dei medici del territorio e per un cambiamento organizzativo dal basso, che faccia leva sulle potenziali risorse delle cure primarie

I primi a proporre il tema del "territorio abbandonato" sono stati colleghi di Codogno, che si sono trovati per 2 settimane soli nel pieno della tempesta virale, pagandone il prezzo in termini di vite perdute. È seguito il documento dei Presidenti provinciali degli Ordini dei Medici, quello dell'Ordine bresciano e quello degli ex direttori dei dipartimenti di Prevenzione, tutti concordi circa "il mancato governo del territorio", opinione condivisa da altri osservatori, che hanno sottolineato il *deficit* di coordinamento della rete territoriale. Passata la fase più acuta dell'emergenza è tempo della riflessione e del dibattito, evitando di scadere nella polemica contingente per un'emergenza che ha trovato tutti impreparati.

► Le scelte regionali

Nel quadro generale spicca però la specificità del caso Lombardia dove l'epidemia ha raggiunto i più elevati livelli di intensità e mortalità. La politica sanitaria lombarda degli ultimi 20 anni a differenza di altre Regioni, anche governate dalla stessa maggioranza politica come il Veneto, ha aderito alle teorie del quasi mercato sanitario, imperniata su alcuni principi cardine: concorrenza tra enti accreditati regolata dalla Regione, separazione tra erogatori ed Agenzie di Tutela della Salute (Ats) acquirente e controllore, *empowerment* e libera scelta del cittadi-

no, pagamento a prestazione, parità tra pubblico-privato ed incentivazione della competizione tra erogatori per acquisire "fette di mercato".

Se con i Drg ospedalieri il quasi mercato ha dimostrato di migliorare l'efficienza del sistema, pur con rischi distorsivi per comportamenti opportunistici dal lato dell'offerta, non si può dire la stessa cosa sul versante delle cure primarie. Il tentativo di riproporre le logiche concorrenziali sul territorio, ad esempio mettendo in antagonismo cure primarie ed ospedaliere per la presa in carico della cronicità, ha mostrato i limiti del quasi mercato e di una gestione nosocomio-centrica del Ssr; infatti la proposta di spostare i cronici dal territorio all'ospedale è stata riusata dai diretti interessati, dai medici ospedalieri e dalle stesse strutture accreditate private, che hanno snobbato la riforma. La "filosofia" del quasi mercato ha ispirato le *policies* regionali, come dimostrano alcune scelte sintomatiche del disinteresse per le cure primarie:

- la scarsa attenzione per le forme organizzazione ed associative previste dalla legge Balduzzi, specie le Aft;
- l'abbandono del territorio con la chiusura dei presidi distrettuali periferici e incertezza nell'attribuzione dei compiti tra Ats e Asst (Aziende Socio Sanitarie Territoriali);
- la mancata dematerializzazione

delle prescrizioni, rinviata per anni rispetto alle altre Regioni, ed attuata solo dopo l'ordinanza della Protezione Civile per evitare l'affollamento delle sale d'attesa;

- l'esclusione del Medico di Medicina Generale (Mmg) dalla delibera regionale sulle cure palliative;
- la delega alle Asst, estranee alle logiche dal territorio, del coordinamento delle cure primarie e la proposta del *Clinical manager* alternativo al Mmg nella presa in carico dei cronici;
- investimenti tardivi e insufficienti nei Presidi Socio Sanitari Territoriali (Presst), mentre da anni in altre Regioni si sono diffuse Case della Salute e strutture analoghe.

► Cosa si poteva fare

La vicenda delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (Aft) previste dalla legge Balduzzi e inattuata è emblematica: secondo la riforma del 2012 le Aft dovevano promuovere e rafforzare la coesione della comunità di pratica dei professionisti del territorio, in quanto forma organizzativa per condividere "in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi". Le Aft infatti prevedevano l'integrazione funzionale tra Mmg e Mca (Medicina della Continuità assistenziale) della stessa zona, al

fine di migliorare l'efficienza dei servizi, favorire conoscenza reciproca, coordinamento delle iniziative, continuità assistenziale, valutazione della qualità, Formazione sul Campo ecc... Proprio le Aft potevano diventare il braccio organizzativo dell'intervento emergenziale sul territorio, nella pandemia da Covid-19, coinvolgendo i professionisti del territorio per l'assistenza domiciliare ai pazienti Covid con le dovute misure di prevenzione del contagio. Invece Mmg e Mca hanno affrontato il virus isolatamente, senza un valido coordinamento, chiare direttive, adeguate protezioni e sostanzialmente a mani nude, pagando un prezzo altissimo in termini di vite umane. Una radicata rete di Aft avrebbe potuto mobilitarsi in tempi rapidi per rispondere all'emergenza Covid-19, con modalità organizzative più pronte e appropriate rispetto alle tardive Usca.

► L'analisi delle politiche regionali

L'epidemia di Covid-19, al di là della drammatica sproporzione tra un piccolo di domanda su tutti i fronti e le oggettive difficoltà per farvi fronte, ha fatto venire al pettine i nodi problematici delle *polices* regionali sbilanciate sull'ospedale e carenti sul territorio; i colleghi di Codogno hanno vissuto per primi la situazione di abbandono delle cure primarie lasciate a se stesse in quanto:

- si è cercato di spostare la cronicità dalle cure primarie agli ospedali, quando da almeno 20 anni la tendenza è quella di trasformarli in strutture ad alta tecnologia per gestire le situazioni acute;
- gli ex presidi distrettuali sono diventati meri punti burocratici ed amministrativi senza funzioni di coordinamento del *network* sociosanitario;
- non si è investito nell'innovazione tecnologica e nella semplificazione delle procedure, già in atto da anni in

altre regioni, che avrebbe consentito di spostare risorse sulla gestione della cronicità;

- si è puntato sul principio della libera scelta del "cliente" e sulla concorrenza al ribasso tra medici, usa e getta, se non accondiscendenti alle richieste dei "clienti", più che sulla cooperazione professionale;
- si è creduto di poter governare la rete territoriale con lo strumento della domanda-offerta e con la competizione tra "erogatori", senza governance del *network* territoriale;
- di conseguenza le Ats sono state relegate al ruolo di mero controllore burocratico-finanziario delle prestazioni, in ossequio ai dogmi del *New Public Management*.

► Gli effetti pratici

Così un sistema già di per sé sovraccaricato e costretto a mobilitare tutte le risorse disponibili per mantenere l'equilibrio nella *routine* quotidiana ha dovuto far fronte con grandi difficoltà ad una sfida emergenziale, con il rischio di scompensarsi per l'impossibilità di mobilitare ulteriori risorse al fine di ristabilire il compenso perturbato.

I Mmg sono rimasti soli perché tra loro e l'ospedale è mancata una struttura intermedia di collegamento per coordinare e gestire l'emergenza sul territorio; una buona organizzazione a rete dovrebbe supportare i servizi in difficoltà per favorire l'adattamento alle situazioni emergenziali. Oltre alla carenza di strutture fisiche per l'integrazione territoriale è mancata un'efficace *governance* per la separazione

funzionale tra Ats, a cui è demandata la gestione amministrativa della MG, e Asst, praticamente assenti sul territorio. Nella riforma del 2015 era prevista la creazione dei Presidi Socio Sanitari Territoriali, cioè l'equivalente delle Case della Salute, ma anche questi sono rimasti sulla carta, tranne casi sporadici. Il coordinamento tra Aft, Usca e Presst avrebbe potuto fronteggiare con maggiore efficacia la pandemia, venendo in aiuto alle strutture ospedaliere, ed anche gestire in modo appropriato la fase 2.

Questa drammatica esperienza ha posto in primo piano l'esigenza di ridiscutere le politiche sanitarie regionali rivolte al territorio, superando il concetto di quasi mercato a partire dalla Presa in Carico della Cronicità, ormai di fatto inattuabile. L'ipotesi di affidare la gestione della sanità alla concorrenza a somma zero tra erogatori in competizione, a scapito della cooperazione, ha mostrato i suoi limiti e di riflesso ha rafforzato la necessità di tornare ad un'articolazione distrettuale che supporti la continuità dell'assistenza e l'integrazione per fronteggiare le situazioni emergenziali, al pari della cronicità. La gestione delle cure primarie non richiede competizione tra comparti del Ssn, ma coordinamento tra i diversi livelli sistemici ed attori professionali. Lo *choc* della pandemia può essere l'occasione per ricostruire la comunità di pratica dei medici del territorio e per un cambiamento organizzativo dal basso, che faccia leva sulle potenziali risorse delle cure primarie.

I Medici di Medicina Generale che hanno firmato l'articolo

- | | | |
|--|--|---|
| • Paola Astori, <i>Ats Brescia</i> | • Bianca Fossati, <i>Ats Brianza</i> | • Anna Pascarella, <i>Ats Brescia</i> |
| • Marialuisa Badessi, <i>Ats Brescia</i> | • Adriana Loglio, (<i>Mmg in pensione</i>), <i>Ats Brescia</i> | • Giovanni Piazza, (<i>Mmg in pensione</i>), <i>Ats Brescia</i> |
| • Giuseppe Belleri, <i>Mmg, Ats Brescia</i> | • Andrea Mangiagalli, <i>Ats Milano</i> | • Mara Rozzi, <i>Ats Brescia</i> |
| • Germano Bettoncelli, <i>Ats di Brescia</i> | • G. Franco Michelini, (<i>Mmg in pensione</i>), <i>Ats di Brescia</i> | • Francesca Samoni, <i>Ats Brescia</i> |
| • Luigi Bonvini, <i>Mmg, Ats Brescia</i> | • Giovanna Minissale, <i>Ats Brescia</i> | • Flavio Sinchetto, <i>Ats Milano</i> |
| • Marina Bosio, <i>Mmg, Ats Brianza</i> | • Simonetta Pagliani, (<i>Mmg in pensione</i>), <i>Ats Milano</i> | • G. Paolo Smilovich, <i>Ats Brescia</i> |
| • Annamaria Bottanelli, <i>Ats Brescia</i> | • Ruggero Pansera, <i>Ats Brescia</i> | • Mauro Somaschi, <i>Ats Brianza</i> |
| • Roberto Cocconcini, <i>Ats Brescia</i> | | • Caterina Taglietti, <i>Ats Brescia</i> |
| • Barbara Filisetti, <i>Ats Brescia</i> | | • Luca M. Vezzoni, <i>Ats Milano</i> |

Microteam Covid-19: la risposta della Medicina Generale di Verona

Garantire le cure domiciliari ai pazienti paucisintomatici o con sintomi critici da valutare. È con questo obiettivo che i medici di medicina generale di Verona e provincia hanno dato vita a sei microteam formati da medico e infermiere che già lavorano nelle forme associative di quella zona

Guglielmo Frapporti

Medicina Generale, Fumane (VR) - Segretario Provinciale Fimmg Verona

I *microteam* nascono da un bisogno dei medici di famiglia di garantire le cure domiciliari per la rapida diffusione dell'epidemia da Covid-19. In poche settimane Verona è diventata la provincia veneta più contagiata con il 3,6/1.000 dei positivi rispetto alla media Veneta del 2,8/1.000. Ma con la maggior parte dei positivi (l'82%) seguiti a domicilio.

A metà marzo i dati di *triage* raccolti con la scheda telematica di Netmedica da un gruppo di 74 medici suggerivano che a fronte dei mille positivi ufficiali c'erano almeno 10.000 persone a domicilio senza tampone o con sintomi critici da valutare.

I medici avevano attivato la sorveglianza attiva da remoto dei pazienti in isolamento, e c'era la necessità di visite domiciliari a soggetti febbrili, instabili, fragili e con sospette evoluzioni severe.

Ma le Usca (Unità Speciali di Continuità assistenziale) non partivano e dall'Ulss non arrivano dispositivi adeguati.

Così molti medici di medicina generale si sono recati al domicilio dei pazienti a mani nude per non

abbandonare i propri assistiti. Quali sono state le conseguenze? Venticinque colleghi sono risultati positivi al Covid-19, otto sono stati ricoverati in ospedale e 3 in rianimazione".

Una situazione insostenibile che ha portato i medici di medicina generale a uscire allo scoperto e a denunciare quanto accadeva. Andare a domicilio dei nostri assistiti senza protezioni si è rivelato essere un pericolo per il medico e per i pazienti stessi. In un sondaggio fatto a marzo, il 60% dei medici di famiglia di Verona ha dichiarato condizioni di salute o familiari e mancanza di Dispositivi di Protezione (Dpi) adeguati che impedivano di recarsi a domicilio dei propri pazienti.

Per questo motivo si è pensato a una forma di auto aiuto tra medici, ma anche a una nuova modalità organizzativa per la domiciliarietà: medico e infermiera, che già fanno parte delle forme associative di un bacino territoriale, come la Medicina di Gruppo semplice o Integrata, o dei nuclei locali di Continuità Assistenziale, che vanno a domicilio.

► La sorveglianza attiva

La sorveglianza attiva da remoto dei pazienti domiciliari paucisintomatici con sospetta positività al Covid-19 è un problema rilevante per il controllo della pandemia, ma c'è anche la necessità di visite domiciliari tant'è che il Governo, con il DL n.14 del 9 marzo 2020, all'art 8, ha proposto l'istituzione delle Usca. Le Usca sono concepite come dei "corpi speciali" per le visite domiciliari "protette", sostanzialmente esterni alla medicina di famiglia, formate da medici di Continuità Assistenziale (già difficili da reperire) o da medici della scuola di formazione o da "camici grigi" ma stentano a partire per le procedure di reclutamento, assicurative, di formazione, di dotazioni. Le Usca sono indispensabili laddove i medici di medicina generale lavorano da soli e non in forme associative evolute. In Veneto, da tempo, è stato intrapreso un confronto con la Regione per avviare i *Team* di Assistenza Primaria comprendenti la domiciliarietà.

Attivare i *microteam* Covid-19 ha significato per noi Mmg dover af-



frontare dei costi, questi sono stati sostenuti dalla raccolta fondi che abbiamo avviato come Fimmg Verona.

Attraverso la Cooperativa di servizi dei medici veronesi 'Salute e Territorio', Fimmg ha lanciato un *fundraising* utilizzando la piattaforma GoFundMe. C'è stata una risposta incoraggiante da aziende, sindaci e pazienti che ci ha consentito di comprare i Dpi ad alta protezione, avere macchine a noleggio sanificate ogni giorno con il contributo della Croce Verde e dotarle di tutto il necessario per le visite domiciliari (borse attrezzate con tutte le dotazioni, garze, saturimetri da lasciare a domicilio, termometri a infrarossi ed ecografi portatili).

► La formazione

Medici e infermieri hanno partecipato a corsi di formazione nei reparti Covid per le procedure di vestizione, svestizione, sanificazione dei dispositivi e smaltimento rifiuti dopo ogni visita domiciliare. Durante la visita domiciliare indossano una tuta integrale ad alta protezione, una FFP2 e guanti per tutta la durata del servizio, e Dpi usa e getta (sovracamice, calzari, cuffia, mascherina chirurgica e due paia di guanti), la visiera è sanificata dopo ogni visita. La formazione dei *microteam* Covid-19 è stata un passaggio importante per garantire un'assistenza specializzata e continua sul territorio come ha tenuto a precisare il collega nonché vice segretario della Fimmg **Alessio Micchi**: "Nel caso molto probabile di un'ulteriore criticità nella prevenzione e cura dell'attuale pandemia, avere un *team* adeguatamente formato a cui fare ricorso è altamente stra-

tegico per una risposta appropriata e precoce".

Abbiamo iniziato l'attività il 6 aprile con 6 *microteam* formati da medico e infermiere su un bacino complessivo di circa 120.000 abitanti, che già lavorano nelle forme associative di quella zona. Ora i *microteam* sono 8 e, ad oggi, hanno fatto 115 accessi domiciliari. Il *microteam* è attivato dal medico titolare dell'assistito che, durante la visita domiciliare viene ricontattato, informato dal collega sui riscontri ed è il titolare a negoziare con l'assistito e la famiglia le soluzioni.

Al domicilio dei nostri pazienti sono state trovate le situazioni più varie: intere famiglie malate, anche con bambini, senza tampone, anziani soli, spesso rimasti vedovi da pochi giorni, persone con febbri elevate, ma anche senza febbre, talora con tosse, a volte solo con vomito o diarrea, o quadri di scompenso cardiaco senza la tipica dispnea e senza tosse, con $SO_2 < 80\%$ o valori normali a riposo che desaturavano gravemente dopo test del cammino. Alcune équipe hanno utilizzato sonde ecografiche con SW su iPad che hanno permesso di discriminare quadri polmonari muti o incerti.

► Ambulatori dedicati

L'Ulss 9 Veneto ha avviato, se pur tardivamente, 5 delle 19 Usca previste dalla Regione e contestualmente ha ufficializzato i *microteam* che, in alcune aree, svolgono le funzioni dell'Usca. In prospettiva contiamo di aumentare il numero dei *microteam*, che avranno forniture dall'Ulss di Dpi, e di negoziare un aumento delle indennità per infermiere. Per i

medici invece puntiamo al riconoscimento degli accessi ADI per i pazienti impegnativi e per le dimissioni protette.

L'esperienza ci ha consentito di acquisire abilità in specifiche procedure e sperimentare nuove competenze della Medicina Generale anche nella domiciliarità 'complessa' senza delegarla a sovrastrutture esterne o estemporanee, garantendo la continuità delle cure nel rapporto medico paziente.

Ora la richiesta di visite domiciliari a pazienti complessi si sta riducendo e l'attività dei *microteam* viene rimodulata.

► La Fase 2

Nella Fase 2 oltre l'impegno sulla domiciliarità, è indispensabile riorganizzare anche l'attività ambulatoriale potenziando le forme associative e organizzando al loro interno gli ambulatori-Covid.

Il monitoraggio domiciliare da remoto a carico di tutti i Mmg e la gestione delle valutazioni e trattamenti domiciliari si avvale di un *triage* telematico sulla piattaforma di Netmedica e sulle indicazioni di procedure contenute in un *vademecum* messo a punto dal nostro gruppo di lavoro coordinato dal dottor Alessio Micchi sulla base delle indicazioni della letteratura, di Simg, di Fimmg e della Regione Veneto".



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Guglielmo Frapporti e visualizzare il pdf sulle Linee Guida di Monitoraggio Domiciliare Fimmg Verona

Non è il momento di riforme

Solo a bocce ferme si potrà serenamente valutare tutto ciò che è o non è successo o si poteva/doveva fare. Un progetto nuovo può palesarsi solamente da un attento esame delle possibilità e delle prospettive assistenziali territoriali basato su dati e proiezioni e non dall'onda emozionale negativa di un periodo così tragico

Alessandro Chiari

Segretario Regionale Fismu Emilia Romagna

Questo tornado, che ha investito la Medicina Generale, cambierà per sempre il nostro approccio al paziente. I colleghi sono stati gettati in una sorta di tritacarne infettivologico, anche perché siamo stati costretti a lottare contro un nemico invisibile e multiforme, dotato di una potentissima capacità mimetica, praticamente per due mesi senza difese adeguate.

La relazione medico - paziente si basa sulla fiducia del medico da parte del paziente e sull'accettazione di questa sicurezza da parte dello stesso sanitario.

In realtà nel contesto di questo semplicissimo enunciato, che quasi parrebbe uno slogan, influiscono una serie di valutazioni personali ed interpersonali, consce e non, che investono completamente le sfere individuali dei due soggetti in osservazione.

È un contratto tra due personalità diverse che mediano le rispettive esigenze: un lavoro 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. 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, che richiede l'exasperata *performance* del soggetto e l'energia necessaria a compierla, assume valenze emozionali ed individuali molto importanti.

► La chimera dell'alleanza terapeutica

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 non riesca più ad elaborare completamente tali valenze negative e quindi a scaricarle, introiettandole dentro di sé, accumulandole fino al punto di divenire causa di disagio, sofferenza e stress per se stesso.

► In ambulatorio come al supermercato

In realtà, negli ultimi tempi pre-Covid possiamo dire che fosse in atto un "duello" medico paziente, dove quest'ultimo, influenzato dalla sanità mediatica del benessere, stava chiedendo sempre più prestazioni al Mmg quasi che l'ambulatorio fosse diventato una specie di supermercato dai cui scaffali si potesse prendere tutto, compreso il superfluo, vedendo il medico come una sorta di sceriffo con cui scontrarsi per ottenere quanto servisse a metterlo in pace con le paure.

Il medico di medicina generale, lasciato solo dalle Aziende Sanitarie combatteva una battaglia

frontale e cavalcando la ragion dell'appropriatezza negava la richiesta impropria. Quante ricusazioni sono all'origine di tale conflitto.

► Il rapporto fiduciario che fu

In realtà questa degli *stalkers* ambulatoriali è una piaga che inficia il rapporto fiduciario e spesso diventa una ferita non più marginabile. Nella situazione attuale, in cui ogni paziente può essere potenzialmente Covid positivo, abbiamo cambiato le regole di accesso e di gestione degli assistiti. Abbiamo contingentato gli accessi, per non lasciare che l'ambulatorio si trasformasse in luogo di contagio tale da mutarci da eroi di cartone in untori. In questo caos organizzativo e funzionale qualcuno si è messo in testa che sia necessaria da subito una rivoluzione del sistema territoriale.

Come sempre tutti questi *influencers* che appartengono più o meno a cerchi magici e appesantiti da una serie infinita di conflitti d'interesse, sono passati da ipotesi fantascientifiche a ricette miracolose e, come avviene sempre, in questi frangenti di confusione, viene riesumata quella ipotesi incerta ed incandescente che si chiama dipendenza.

In questo girone di anime scatenate ed urlanti il Mmg rimane comunque alla mercé delle varie geniali interpretazioni e trattato come un *minus* dalle sue stesse più grandi rappresentanze sindacali. Noi crediamo che solamente dei pazzi furiosi potrebbero avere il coraggio di proporre una riforma in un momento di crisi del Servizio Sanitario Nazionale come questo, sotto una pressione umana e me-

diatica disperata come non mai. Solo a bocce ferme si potrà serenamente valutare tutto ciò che è o non è successo o si poteva/doveva fare. Un progetto può venire fuori solo da un attento esame delle possibilità e delle prospettive assistenziali territoriali basato su dati e proiezioni e non dall'ondata emozionale negativa di un periodo così tragico.

► Come incantano le sirene

Non è più tempo di profeti, giullari o massoni, anche se questi *influencers* sono prolifici più che mai. Ma chi come noi, per anni, è stato in pista sia a livello regionale sia nazionale, può giustamente affermare che il potere è in fondo una dipendenza come le altre.

Noi abbiamo scelto di stare con la parte sempre più debole del sistema, quella che aveva bisogno di aiuto, ma abbiamo imparato che, almeno nel breve periodo, i cattivi non rispettando le regole vincono: ed è proprio per questa ragione che sono portati a vincere.

Nel lungo periodo poi questi personaggi naufragano miseramente, ma i danni tuttavia rimangono, e alla loro fine c'è sempre qualcuno che ne rileva i vessilli.

Gandhi diceva che esistono leggi ingiuste perché esistono uomini ingiusti: ed aveva profondamente ragione. Così vengono fatte scelte contraddittorie, si rimedia all'errore con altri errori, si confonde la fragilità con la cronicità, si fanno teoremi sugli *slogan* e si imposta un intero sistema su valutazioni politiche piuttosto che assistenziali e si dimentica che sul territorio non ci fosse un professionista che si chiama medico di medicina generale e che si ca-

rica sempre tutto sulle spalle le strutture corazzate delle Aziende Sanitarie Locali collasserebbero in un attimo.

Quello che è successo ha dimostrato che il territorio, anche in un momento drammatico come questo, ha avuto la capacità di reagire e che il medico, proprio in un periodo dove si è dovuto autogestire, perché quaggiù in trincea non arrivavano gli ordini, ha dato il meglio di se stesso.

Poi adesso ci sta già piovendo addosso un carico burocratico che riuscirà a paralizzarci. Il potere rinvuole il suo gregge che ha dimostrato come il cane da guardia fosse superfluo. Non amiamo affidarci all'euristica, ma qui è necessario creare nuove aree corticali sinapsi e nuovi neuroni e non progetti abortiti.

► Ma quali eroi, siamo vittime

Noi siamo gli eroi che saranno dimenticati presto come in tutte le guerre: saremo i veterani che sono morti sopravvissuti e/o mutilati e non so perché mi vengano in mente i vari film sul Vietnam che poi finiscono sempre male, poveri, ammalati, alcolizzati e drogati.

Poi vedrete che, per ringraziamento, pagheremo ancora più tasse e quindi ci costringeranno a rinunciare agli assistenti di studio o peggio, provocando perdita ulteriore di posti di lavoro.

Teniamo conto che sono quindici anni che il contratto è fermo e che i soldi che ci danno attraverso le tasse sono solo fondamentalmente partite di giro. Naturalmente da questa contrazione chi ci perderà sarà poi il cittadino, ma in fondo a chi importa del paziente se non a noi?

La sicurezza degli studi medici in tempi di Coronavirus

Fimmg ha messo a punto un vademecum: 'Protocollo per gli Ambulatori Medici per la gestione post-emergenza Covid-19' per poter assicurare la massima sicurezza degli studi dei Mmg. Nel documento sono contenute una serie di misure per il personale di segreteria, per la gestione dei pazienti, dei casi sospetti e di situazioni di emergenza, ma anche procedure di sanificazione e disinfezione degli ambulatori

Un vademecum a disposizione dei medici di medicina generale per garantire la sicurezza nei loro studi nell'era del Coronavirus con una serie di indicazioni operative a cui attenersi scrupolosamente per gestire al meglio la Fase 2. È questo, in sintesi, il contenuto del documento 'Protocollo per gli Ambulatori Medici per la gestione post-emergenza Covid-19' messo a punto dalla Fimmg. Misure organizzative strumentali atte ad assicurare la massima sicurezza gestionale degli studi di Medicina Generale. Si tratta di indicazioni generali che i medici potranno poi adattare alla situazione reale e concreta dei singoli studi. Il documento di sei pagine contiene protocolli per il personale di segreteria, per la gestione dei pazienti, dei casi sospetti e di situazioni di emergenza, ma anche procedure di sanificazione e disinfezione. Spazio infine ai dispositivi di Protezione Individuale e Dispositivi Medici.

► L'autonomia organizzativa della MG

"Prosegue con questo documento l'attività di indicazione ai colleghi sulle procedure per la tutela loro e dei pazienti - ha dichiarato il segretario nazionale della Fimmg **Silvestro Scotti** - che sin dall'inizio della pandemia, con la proposta di scheda di valutazione per il triage telefonico e da ultimo nelle scorse settimane con il documento sulla gestione territoriale da parte dei Mmg dei casi sospetti o accer-

tati di Covid 19, inviato anche all'attenzione del Ministro, la Fimmg ha elaborato e messo a disposizione". "La Medicina Generale - ha tenuto a sottolineare Scotti - ritiene suo ruolo e responsabilità, forte proprio della sua autonomia organizzativa, in assenza di informazioni specifiche e orientamenti, quello di proporre procedure sul proprio e specifico modello assistenziale. Basterebbe ricordare come, sin dal primo momento dell'emergenza, ha assunto su di sé il ruolo e la responsabilità di elaborazione e messa a punto di strumenti per i medici, protocolli organizzativi e procedure utili anzi necessarie per la gestione dell'emergenza sul territorio. La Medicina Generale è parte attiva e propositiva del Ssn, è già parte del sistema". Un concetto che il segretario generale della Fimmg ha tenuto a ribadire, alludendo al recente dibattito sulla necessità che i Mmg da professionisti convenzionati passino alla dipendenza diretta dal Ssn: "Non si diventa parte del sistema attraverso la contrattualità - ha evidenziato - ma attraverso la responsabilità professionale, il ruolo e i compiti che dalla convenzione derivano. Non serve altro che saper usare lo strumento convenzionale a livello nazionale, regionale e aziendale, come si sta rendendo evidente su molte iniziative di eccellenza, anche su emergenza Covid-19, partite proprio dalla Medicina Generale e presenti proprio nei territori più colpiti".



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone il pdf del Protocollo Fimmg



Lombardia e il check up della discordia

La sperimentazione messa in atto dall'Ats Milano con Coop Medici Milano Centro che prevede per i pazienti della Coop, sospetti per sindrome da Covid-19, esami del sangue, Ecg, Rx torace e tampone naso-faringeo, ha suscitato una serie di critiche da parte di Smi e Snam

Si sono venuti a conoscenza che la Asst Milano Ovest organizzerà un *check up* per pazienti con sintomi sospetti per sindrome da Covid-19 con l'effettuazione in giornata di prelievo, Ecg, Rx torace e tampone naso-faringeo. Una scelta che crea una disparità enorme, sia tra i medici di assistenza primaria, sia tra gli stessi cittadini". È quanto scrive **Enzo Scafuro**, segretario regionale Smi Lombardia nella missiva inviata al Direttore Generale Welfare, **Luigi Cajazzo** e al Direttore Generale dell'Ats Milano Città Metropolitana, **Walter Bergamaschi**. Smi nella missiva sostiene che "l'assistenza territoriale in questa emergenza sanitaria non possa identificarsi sulla falsariga della gestione della cronicità, legandola alla partecipazione del Mmg in cooperative, definendone la figura di unico gestore così come individuato dalla Dgr n.6551/2017" e chiede che venga adottato un protocollo unico su tutto il territorio regionale, "dando a tutti i medici uguali opportunità diagnostiche e terapeutiche".

► Snam-Lombardia: no a pazienti e medici di serie A e B

Ma già Snam con una lettera inviata al Dg della Ats Milano aveva portato alla ribalta questa questione. "A nostra conoscenza - ha scritto **Roberto Carlo Rossi** presidente Snam Lombardia - mai si era visto un soggetto privato qual è una cooperativa, stringere un accordo con una Asst (e una Ats) per indirizzare i propri pazienti all'esecuzione di un determinato esame, altrimenti precluso, al resto della

popolazione indistinta, se non in particolari casi e seguendo particolari regole. La cosa rappresenta, tra l'altro, un evento che, a nostro giudizio, genera importanti preoccupazioni, vista la grande richiesta di tamponi nasofaringei per la diagnosi di infezione da Covid-19 da parte dei pazienti; richiesta, finora, praticamente impossibile da soddisfare nell'ordinario, tranne, appunto, che in alcuni casi determinati e con molta difficoltà. Naturalmente, cosa diversa (ed anzi auspicabile) sarebbe aprire a tutti e in più presidi il servizio citato. Ma, sotto diversi punti di vista, limitare questo servizio, anche in prospettiva futura, ai soli Mmg (e quindi ai soli loro pazienti) di una determinata "cooperativa" appare davvero singolare e, a nostro parere, censurabile. Non siamo di certo noi a giudicare la validità di quanto accaduto dal punto di vista delle vigenti leggi, ma sicuramente porremo questa domanda alle competenti Autorità". A tale scritto, è seguito un lungo botta e risposta tra Rossi e Bergamaschi. Quest'ultimo ha affermato che poi, in futuro, tale "sperimentazione" sarà estesa a tutti. "Sarà - ha risposto Rossi - ma in ogni caso resta comunque il fatto che le modalità di attuazione di tale "sperimentazione" e soprattutto l'accordo con una cooperativa privata che sembra favorire dei Mmg e dei pazienti rispetto ad altri rappresentano, a nostro avviso, un fatto grave. È la nascita di un servizio sanitario non più universalistico, in cui un'azienda pubblica si sente libera di stringere un accordo con una cooperativa privata. E allora perché non stringere accordi con assicurazioni, mutue private ed entità commerciali della più varia natura? Ma è questa la *mission* di una Azienda pubblica? Sono domande che abbiamo girato al nostro ufficio legale perché le ponga al più presto alle competenti Autorità".

Anche in tempo di pandemia gli italiani scelgono il medico di famiglia

La maggior parte delle famiglie italiane entrate in contatto con il Covid-19 ha preferito rivolgersi al medico di famiglia piuttosto che ai contatti forniti a livello nazionale e locale. È uno dei dati emersi da una recente indagine realizzata a livello nazionale dalla Fondazione The Bridge

La maggior parte delle famiglie italiane entrate in contatto con il Covid-19 ha preferito rivolgersi al medico di medicina generale piuttosto che ai contatti forniti a livello nazionale e locale; il 44% di chi ha scelto i numeri istituzionali riporta un giudizio negativo, mentre soltanto il 16% si dichiara pienamente soddisfatto delle risposte ricevute. Sono alcuni dei dati che emergono dall'indagine realizzata dalla Fondazione The Bridge attraverso un questionario, basato su un campione di 2.600 risposte pervenute da tutto il territorio nazionale, per indagare sulla percezione dei cittadini in merito alla qualità dei servizi sanitari, modalità di accesso alle strutture e modalità di comunicazione in tempo di emergenza pandemica.

Secondo le risposte fornite dagli italiani, nei casi in cui un familiare si sia ammalato di Covid-19, ben il 49% non ha ricevuto indicazioni sulle procedure da seguire e solo il 5% ha tenuto uno stretto regime di quarantena. Tra chi, inoltre, è stato messo in quarantena obbligatoria, solo nell'1% dei casi c'è stata una verifica dell'aderenza. "Sono dati allarmanti quelli che emergono dalla nostra indagine - afferma **Rosaria Iardino**, presi-

dente della Fondazione The Bridge - . Oltre alla solita mancanza di fiducia nell'informazione istituzionale, che conferma i dati raccolti all'inizio dell'emergenza da Coronavirus, molte delle criticità rilevate riguardano l'offerta del sistema sanitario, soprattutto per chi prima di questa crisi presentava già patologie croniche o temporanee in fase di emergenza".

► Le liste d'attesa

"Dal campione molto ampio che ha risposto al nostro questionario - continua Iardino - risulta che la maggior parte di coloro che avevano già prenotato visite specialistiche presso strutture sanitarie ha preferito rimandarle o cancellarle. Addirittura il 55% di chi presenta patologie croniche ha affermato di aver avuto difficoltà ad accedere ad accertamenti o esami, così come il 65% ha dichiarato di aver avuto tempi di attesa più lunghi".

"Questo pone un serio problema su tutto il sistema sanitario, nell'immediato e per il futuro. L'intero sistema è già sotto stress, il rischio che finisca al collasso una volta terminata l'emergenza o che non sia più in grado di assorbire la regolare routine è reale. Bisogna già adesso aprire

una seria riflessione su quanto potrebbe accadere nei prossimi mesi riguardo alla gestione delle liste d'attesa, sia per pazienti sani che avevano programmato le visite e i controlli che, soprattutto, per quelli con patologie croniche che hanno necessità di continue cure".

► Informazione e comunicazione

Il 42% degli intervistati valuta le notizie fornite dagli organismi istituzionali sulla pandemia poco chiare o addirittura contraddittorie. Si fa sentire la mancata formazione soprattutto a livello istituzionale rispetto alla cosiddetta gestione della comunicazione dell'incertezza, punto focale sottolineato nei documenti di *readiness and response* prodotti dall'Oms proprio per far fronte all'emergenza. Rendere partecipe la cittadinanza dell'impossibilità di produrre dati certi, permette al comunicatore di mantenere un margine di errore accettabile e pur sempre colmabile in fase successiva; non riconoscere pubblicamente l'incertezza né, tanto meno, l'eventuale smentita di precedenti affermazioni date per certe, causano sfiducia e disagio nell'ascoltatore.

Interazione tra storia del pensiero e rapporto medico paziente

Viene esaminata l'influenza della filosofia politica sul rapporto medico paziente, soffermandosi sull'illuminismo, l'hegelismo, e i totalitarismi dello scorso secolo. Si accenna alla medicina migliorativa e si sostiene che la professione medica ha dei valori propri e deve essere autonoma nel decidere come implementarli

Stefano Alice*, Artioli Islami*, Fabiana Ciullo**

** Medicina Generale, Genova*

*** Dottore in Scienze e Tecniche Psicologiche, Genova*

Un aspetto accomuna tutte le professioni di cura ed è per esse centrale: la relazione con la persona assistita.

È una relazione nella quale entrano in gioco diritti e doveri, che ha aspetti psicologici ed affettivi, sociali e giuridici.

È una relazione il cui *setting* può variare: studio privato, convenzionato o meno con il sistema sanitario pubblico o con delle assicurazioni, ambulatorio pubblico, corsia ospedaliera, domicilio del paziente, struttura riabilitativa, casa di riposo, *hospice*. Per queste caratteristiche è una relazione che risente della cultura generale ed in qualche modo la rispetta.

Chi cura è rivestito di *auctoritas*, un'autorità che trova fondamento oltre che nel suo personale carisma, nella legge e nella tradizione, di conseguenza la relazione che ha con i pazienti risente delle idee generali sul concetto di autorità. Per questo motivo la prevalenza della *ratio* sulla *auctoritas* affermata dagli illuministi ha cambiato il paradigma della relazione di cura.

► Illuminismo e declino del paternalismo medico

Si è assistito al declino del paternalismo medico, che si basava sull'assunto che fosse solo il medico a sapere cosa era meglio per il paziente e che fosse quindi autorizzato ad agire anche senza informarlo ed ottenerne il consenso. Si era convinti che la salute fosse qualcosa di oggettivo, che solo il medico sapeva riconoscere e che il suo dovere fosse di ripristinarla indipendentemente dalle convinzioni e dai desideri del paziente, considerati alla stregua di capricci.

L'illuminismo, affermando l'uscita dell'uomo dallo stato di minorità ed il diritto di ognuno a far uso del proprio intelletto, ha posto le premesse culturali, che hanno portato i cittadini a rivendicare un sempre maggiore diritto di scelta anche in ambito sanitario, sino al riconoscimento del diritto del paziente ad essere informato e ad essere partecipe delle decisioni terapeutiche che lo riguardano.

Dall'affermarsi sul piano culturale dell'illuminismo è disceso, quin-

di, un grande cambiamento nel campo delle professioni di cura: il paternalismo medico ha finito con l'essere considerato eticamente inadeguato perché lesivo del diritto individuale all'autodeterminazione. L'obbligo, stabilito dalla legislazione italiana, di ottenere il consenso informato del paziente, è figlio di questa evoluzione culturale: il medico informa e consiglia ed il paziente decide, è con tutta evidenza una prassi molto diversa da quella in uso in passato, quando era il medico a decidere se e quando informare il paziente.

Tuttavia questo cambiamento non è stato il frutto di un progresso lineare, di un continuo miglioramento che porta dalla barbarie alla civiltà; in altre parole non può essere spiegato in base alla filosofia della storia abbracciata dalla maggior parte degli intellettuali illuministi, che presumeva per l'umanità un progresso inarrestabile.

► Hegel, lo Stato e "la realtà dell'idea etica"

Ben presto l'individualismo degli illuministi dovette confrontarsi



con un pensiero diverso, quello di Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831), che riflettendo sulla Rivoluzione francese notò come dalla voglia di libertà fosse paradossalmente scaturita la più spietata tirannia, il Terrore. Secondo Hegel l'individuo considerato come lo, cioè come singolo ed i suoi diritti naturali sarebbero una mera astrazione, nella sua concezione l'individuo esiste solo nel popolo e deve esistere per il popolo. In altre parole a contare è l'intero non il singolo. Le convinzioni i principi gli ideali del singolo devono essere quelli del popolo a cui appartiene. Lo Stato è per Hegel "la realtà dell'idea etica", è lo Stato che stabilisce e promulga la morale, il "supremo dovere" degli individui è "d'essere membri dello Stato". Per questo motivo l'epistemologo e filosofo politico Karl Popper considera Hegel un nemico della società aperta.

► Totalitarismi del XX secolo

Il dibattito su quali siano le radici culturali dei totalitarismi del XX secolo è ancora aperto ma è un dato di fatto che tali regimi affermavano il primato del collettivo sul singolo ovvero che lo Stato è al di sopra del cittadino. Definiamo totalitario, infatti, qualsiasi Stato intenda inserirsi nella vita privata dei suoi cittadini, al punto di identificarsi in essi o da far identificare essi nello Stato. Considerando che il totalitarismo impone ai medici il rispetto delle proprie concezioni a discapito della fedeltà ai valori universali della loro professione, vediamo brevemente quali conseguenze ha avuto l'affermarsi a livello dapprima teorico e poi politico delle suddette idee sul rapporto tra medico paziente.

Il nazismo si è contraddistinto per il coinvolgimento dei medici in pratiche come la sterilizzazione forzata dei portatori di malattie ereditarie di cui si supponeva l'origine genetica e degli emarginati sociali; l'eliminazione dei malati incurabili e dei disabili; la selezione dei soggetti da inviare alle camere a gas; la riduzione delle persone deportate a cavie, a materiale biologico da utilizzare e sacrificare per inutili sperimentazioni.

Ricordiamo che il 9 dicembre del 1945 si aprì a Norimberga il processo a 23 criminali nazisti di cui 20 medici, accusati di crimini di guerra e di crimini contro l'umanità; di questi 7 furono condannati a morte per impiccagione, 8 vennero assolti ed i restanti furono condannati pene detentive, che scontarono per tornare poi in massima parte ad esercitare la medicina; si tratta di un processo che è passato alla storia come il "processo dei medici".

Emblematica è la strumentalizzazione da parte del regime sovietico della psichiatria per la repressione del dissenso, favorita sul piano teorico dalla riformulazione dei criteri diagnostici con l'introduzione di una entità nosologica fittizia quale la schizofrenia latente o a decorso lento e dalla teorizzazione di una necessaria progressione del disturbo schizoide di personalità in schizofrenia e, sul piano pratico, dall'utilizzo arbitrario della diagnosi di disturbo paranoide di personalità.

► XXI secolo: la sfida da affrontare

Gli orrori del XX secolo hanno certamente contribuito allo sviluppo dell'attuale sensibilità per tematiche come il rispetto della

libertà di scelta e della dignità del paziente, si è andata sviluppando, oltre ad una sempre maggior richiesta di cure, l'attenzione al malato come persona (umanizzazione) alla sua volontà, al suo giudizio.

Nel XXI secolo ci troviamo ad affrontare la sfida rappresentata dalla capacità tecnica di modificare il corpo, migliorandolo e potenziandolo.

L'affiancarsi della medicina migliorativa (*enhancement*) alla tradizionale medicina curativa, porterà dilemmi etici e sicuramente, cambiando il rapporto tra naturale ed artificiale, cambierà anche il rapporto tra medico e paziente. Il binomio salute/malattia sarà superato? Ottimizzare, migliorare, diverrà più importante che curare?

► Riflessioni

Questo breve excursus storico sui principali cambiamenti del rapporto tra medico e paziente dal XVIII al XXI secolo ci porta ad una riflessione. Ci sembra esserci oggi un consenso generalizzato sul fatto che la medicina abbia come scopo il benessere dei malati e che sia giusto cercare di dare a tutti una assistenza sanitaria decente e che, quindi, si possano considerare questi due assunti dei valori universali. Le tragiche esperienze del XX secolo consigliano di appoggiare la tesi che la Medicina abbia dei valori propri e con ciò il diritto a dibattere al suo interno ed al suo interno decidere come implementarli. Certamente la professione dovrà farlo dialogando con la società nel suo insieme, recependone le istanze sociali e culturali senza però abdicare alla sua storia, alle sue tradizioni, ai suoi valori umanitari.

Il Cavaliere della Valle Sedentaria

Restare a casa o restare svegli? Questo è il dilemma di una breve e incompleta riflessione di un medico di medicina generale in tempi di pandemia e isolamento domiciliare

Luigi Casadei

Medicina Generale, Riccione (RN)

Appartengo alla stirpe dei Medici, ma soprattutto alla schiera degli Uomini. Siamo piccoli Dei minori. E ora siamo pericolosamente in bilico e possiamo perdere il controllo della situazione. Ma dobbiamo agire in modo da non perdere anche la dignità e il controllo dell'intelletto. Fin dal primo momento di questa grande crisi, tutti ci siamo affidati al parere degli esperti, una pletora che ha invaso i media, diventando in pochissimo tempo il nostro faro in una sconosciuta oscurità.

Quando persino il nostro tessuto quotidiano si è rivelato un improbabile azzardo, abbiamo accolto responsabilmente misure eccezionali utili, più che altro, a diluire la sferzata virale e a fornirci il tempo delle contromisure o degli argini.

► Le regole

Si è discusso poi dalla nostra atavica e scarsa propensione al rispetto delle regole. Ma chi queste norme ha facoltà e onere di scriverle, e quanti queste regole ispirano, devono ancorarsi a principi di limpidezza morale e scientifica. Ho perciò non solo raccomandato il rispetto dei precetti che in questi giorni ci sentiamo ripetere e ripetiamo, ma li ho suggellati col mio personale esempio, un contributo etico che

tutti insieme forniamo a uno sforzo collettivo senza precedenti. Eppure alcuni "comportamenti individuali" palesemente erronei sono anche il frutto avariato di certi tentennamenti, di alcune insipienze e di palesi forzature. Al protrarsi dell'aumento dei contagi, ci sono stati inasprimenti, giri di vite, intervento dell'Esercito. Si è invocata la fermezza e si sono attuati ulteriori restringimenti degli spazi vitali, perché "molta gente non ha capito". Verissimo: molta gente non ha capito. Ma la stragrande maggioranza sì.

La solidarietà però traballa e sbanda, quando i nuovi untori sono stati automaticamente identificati negli "imbecilli-delinquenti" che corrono o vanno a piedi", contravvenendo alla regola che "tutti devono stare in casa". Così si sono esposte alla pubblica gogna pratiche igieniche che sono importanti per la salute e la quotidiana completa manutenzione della nostra persona. L'attività motoria, ove esercitata in luoghi solitari e nel rispetto della distanza interpersonale, fa parte della soluzione e non del problema.

► La falla nelle procedure

La falla nelle procedure non risiede nei saggi suggerimenti degli esperti, ma nella cattiva interpretazione e applicazione degli stes-

si. Aziende pubbliche e private non hanno potuto o saputo garantire repentinamente le norme di sicurezza dovute.

L'esodo consentito dal Nord al Sud è stato un altro sciagurato evento. Le case di Riposo, gli Ospedali, i supermercati sono stati punti critici dove medici, infermieri, assistenti socio-sanitari e cassiere hanno pagato il prezzo della vicinanza per troppo tempo senza adeguata protezione.

Questa è una fase delicata: chi ci guida deve dimostrare autorevolezza, non piglio autoritario inspiegabile sotto ogni profilo scientifico.

Bisogna ritrovare il filo e saper dirimere caso per caso. Una applicazione ottusa delle norme, che non distingue fra consigli giusti e obblighi doverosi è fuorviante e rischia di non ottenere l'effetto sperato, penalizzando fra l'altro i più collaborativi e consapevoli. Senza un'analisi corretta degli errori veri, è legittimo temere anche per la tenuta della nostra capacità razionale a comprendere ed accettare. Ogni giorno siamo chiamati a confermare una forte adesione alle regole di "stringente necessità". Qualche scricchiolio, per chi lo sa ascoltare, già si ode. Qualcuno non ce la fa, e un po' si arrabbia. Ho visto persino due viali "inalberarsi"...forse è la primavera.

L'utilità dello psicoterapeuta non solo in tempi di Coronavirus

Le conseguenze dell'epidemia ci fanno riflettere su questa figura e sull'importanza di un suo adeguato inserimento nell'organico non solo degli ospedali, ma anche in quello dei medici di famiglia che sono in prima linea per affrontare le paure di pazienti che hanno anche altre patologie

Giuseppe Palermo - *Psicoterapeuta e psiconcologo, Padova*

Sentiamo in TV grandi esaltazioni della sanità pubblica, ma non dimentichiamo che in un passato non lontano, questa sanità pubblica è stata smantellata in parte, pezzo dopo pezzo. A questa sanità pubblica deve essere legata anche la figura dello psicoterapeuta. Non è normale che un grande ospedale abbia solo tre o quattro strutturati laureati in psicologia che si occupano di tutto in tutti i reparti. Quanto sarebbe utile ora se questa figura fosse stata adeguatamente inserita in organico non solo degli ospedali, ma anche dei medici di famiglia che sono in prima linea, per affrontare le paure di pazienti che hanno anche altre patologie? O vogliamo pensare agli psicologi sempre e solo come borsisti o dediti ad un volontariato perenne?

L'epidemia che stiamo affrontando non è solo tragedia e morte, ma ci dà anche la possibilità di essere e soprattutto di diventare altro da quelli che eravamo: di corsa, come se il tempo non bastasse mai, come se non ci si potesse mai permettere di riflettere, di staccare, di osservare quali sono i veri valori a cui tenere. C'è stato a

lungo un grande accanimento su cose frivole legate all'immagine, allo *status symbol*, al bisogno di apparire ad ogni costo per poter dire di esistere e tutto questo in poco tempo è crollato. Del resto, per chi ne ha memoria, lo aveva anticipato Italo Calvino quando descriveva la preoccupazione del boom economico, basta rileggere Marcovaldo ovvero le stagioni in città che è del 1963, per comprendere quanto questo denaro speso poi per cose vacue, ha portato a perdere certi valori legati alla bellezza, alla natura, alla semplicità. Credo che questo virus che ci ha fermato ci consente di vivere un tempo in cui noi potremo ripartire se terremo conto di dove stavamo andando, di cosa stavamo rischiando e non ce ne eravamo accorti.

► I malati oncologici

C'è un pensiero che in quanto psiconcologo, voglio rivolgere a tutte quelle persone affette da malattia oncologica che ad oggi stanno cercando di portare avanti la loro battaglia con tenacia. Dobbiamo essere vicini a loro in ogni modo anche se magari lo facciamo con il mezzo informatico, Skype o whatsapp, o

con il telefono. Il filo rosso che ci lega a loro non deve essere interrotto. Molte di queste persone, si trovavano già a combattere un'altra guerra quando è sopraggiunta questa, e si scontrano oggi con accertamenti diagnostici rinviati, terapie, esami e visite posticipati causa emergenza virus. Inoltre, teniamo conto del loro spavento che si aggiunge a questo nuovo spavento, che in una situazione immunitaria tanto compromessa, li fa vivere all'insegna di un'incertezza che rischia di diventare disumana. Ci sono malati che non riescono più a muoversi da casa per le loro condizioni e per i rischi che corrobberanno. Non interrompiamo il dialogo! Io rimango disponibile alla continuità, seppure differente da quella che prima ci faceva incontrare di persona. Ci sarà di nuovo un tempo in cui potremmo riabbracciarci, ma anche vedersi su un video con una persona che da tanto ti segue, è un sollievo. L'ho notato io in questi giorni tutte le volte che ho contattato questi pazienti, quanto erano sorpresi e contenti, quanto molti non se l'aspettassero, e quanti di loro si sono commossi. Per loro e con loro, insieme, non dobbiamo mollare.

Disagio sociale degli operatori sanitari

Preoccupati per i propri familiari: la pandemia ha una ricaduta significativa sulla vita sociale e familiare, oltre che professionale, sugli operatori sanitari, in particolare sulle donne.

È quanto emerge da una survey dell'associazione Women For Oncology Italy

Esposti al contagio e preoccupati per i propri familiari: la pandemia di Coronavirus sta avendo un impatto significativo sulla vita sociale e familiare, oltre che professionale, sugli operatori sanitari, prevalentemente donne. È quanto emerge dalla prima indagine sull'impatto sociale del Covid-19 sugli operatori sanitari, condotta dall'associazione Women For Oncology Italy.

“Abbiamo condotto uno studio nazionale per verificare quanto il disagio sociale sia presente e quali iniziative si possono mettere in campo per gli operatori sanitari, in particolare per le donne” - spiega a **M.D. Rossana Berardi**, Direttore della Clinica Oncologica Ospedali Riuniti di Ancona, Università Politecnica delle Marche, vice Presidente di *Women for Oncology Italy*.

Alla nostra indagine hanno risposto 600 professionisti della sanità di qualsiasi ruolo e disciplina di tutto il territorio nazionale, di cui la

maggior parte donne (circa il 74%), un dato che riflette quello che generalmente succede in ambito sanitario, dove la prevalenza degli operatori è di sesso femminile. Solo nel 41% dei casi hanno riferito di avere ricevuto una corretta e adeguata informazione/formazione rispetto a quanto stava avvenendo in corso di picco pandemico. Circa 83% degli operatori sanitari che hanno risposto alla nostra indagine ritiene di essere a maggior rischio di contagio a causa della propria attività lavorativa, ma il timore è rivolto soprattutto verso i familiari: il 72.4% degli intervistati reputa di poter esporre a questo rischio anche i propri partner, figli e genitori.

► Donne protagoniste sì, ma non riconosciute

Il 75% dei lavoratori ha modificato la propria vita, nella maggior parte dei casi allontanandosi dal nucleo familiare e in altri casi allontanando invece i propri figli; un terzo di

loro, in particolare donne, ha scelto di vivere lontano dai familiari per evitare il rischio di trasmissione domestica, nello specifico non ha avuto contatti con i figli per oltre 14 giorni e 80% non ha frequentato i genitori.

Tante le difficoltà di ordine pratico: le difficoltà maggiormente riscontrate sono state il reperimento di badanti (10.7%) e *baby-sitter* (22.5%), in aggiunta a quello della spesa (54.4%). Affiora che nel contesto di un lavoro impegnativo in un periodo pandemico come quello che stiamo vivendo, gli aspetti gestionali della vita familiare non facilitano i sanitari.

Dalla nostra fotografia emerge che le donne siano protagoniste nell'attività lavorativa ma anche per le dolorose scelte di vita. Per questo stupisce e indigna l'attuale assenza delle donne nelle *task force* decisionali. *Women for Oncology Italy* ritiene fortemente che ci possa essere un contributo ideativo, nonché scientifico da parte delle donne che quotidianamente sono impegnate in prima linea per la salute di tutti i cittadini” - conclude Rossana Berardi. (PL)

Women for Oncology

Women for Oncology Italia nasce nel 2016 come spin-off dell'omonima iniziativa internazionale lanciata dall'European Society for Medical Oncology: un network per valorizzare le professioniste dell'oncologia italiana. Ancora oggi le donne fanno spesso fatica a raggiungere posizioni apicali in ambito professionale, perché devono destreggiarsi tra famiglia e lavoro e si scontrano con stereotipi di genere.

In Italia, solo il 15% dei 223 primari di oncologia è donna. L'obiettivo è aprire e consolidare la strada a una futura classe dirigente al femminile più numerosa e preparata ad affrontare e vincere le sfide legate al gender gap ancora esistenti.



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

AGGIORNAMENTI



■ **ALGOLOGIA**

Suggerimenti pratici per il trattamento del dolore

■ **ALLERGOLOGIA**

Documento di indirizzo per pazienti allergici respiratori

■ **DERMATOLOGIA**

Sars-CoV-2 e cute: una relazione possibile

■ **DIABETOLOGIA**

Diabete e Sars-CoV-2, prevenzione e monitoraggio

■ **MALATTIE DEL METABOLISMO MINERALE E OSSEO**

Raccomandazioni per la gestione dei pazienti con osteoporosi

■ **PSICHIATRIA**

Associazione tra disturbi mentali ed emergenza sanitaria

■ **MEDICINA INTERNA**

Disturbi elettrolitici nei pazienti affetti da Covid-19

■ ALGOLOGIA

Suggerimenti pratici per il trattamento del dolore

Il network RED (Rete Terapia del Dolore www.retededolore.it) della città di Milano riunisce tutte le strutture metropolitane che si occupano di sindromi dolorose. La complessa scelta nella gestione terapeutica del SARS-CoV-2 sta alla base della diffusione dell'importante documento "Pratici suggerimenti e principali interazioni farmacologiche per il trattamento del dolore, dell'analgo-sedazione, del delirium, dello stato d'ansia e dell'insonnia in pazienti Covid-19".

Le indicazioni possono essere di supporto di tutti i clinici - Mmg, specialisti territoriali e delle strutture ospedaliere - e contribuisce a conoscere e ad assumere le decisioni più appropriate anche con le poche evidenze disponibili in letteratura.

Lo scopo è:

- controllare il dolore, il livello di analgo-sedazione, lo stato d'ansia e l'insonnia e cercare di mantenere un fisiologico ritmo circadiano;
- ridurre il consumo di ossigeno per agitazione o delirium;
- ottimizzare il lavoro muscolare ventilatorio residuo del paziente;
- agevolare la valutazione del quadro neurologico e la gestione del nursing nelle procedure;
- diffondere la conoscenza delle principali interazioni tra le mole-

cole e i farmaci utilizzati per Covid-19;

- favorire e condividere delle conoscenze per agevolare la continuità assistenziale terapeutica territoriale.

Nei diversi schemi vengono suggeriti i trattamenti di prima scelta e le alternative terapeutiche, secondo le principali evidenze scientifiche e considerando le più frequenti interazioni farmacologiche con le molecole utilizzate nei pazienti Covid-19 (idrossiclorochina, lopinavir/ritonavir, ecc) (www.covid19-druginteractions.org).

Per il trattamento del dolore e altri sintomi associati nelle persone minori di anni diciotto permangono valide The WHO Treatment Guidelines on Persisting Pain in Children with Medical Illnesses (2012) tradotte anche in italiano nel 2014 a cui è necessario applicare le stesse cautele nelle associazioni con i farmaci Covid-19 raccomandate per gli adulti.

Per il trattamento della sedazione palliativa terminale RED rimanda ai documenti delle Cure Palliative.

► Dolore e analgo-sedazione

Il documento riporta che l'intervento terapeutico deve essere il più possibile personalizzato, prendendo in considerazione non solo le proprietà farmacodinami-

che e farmacocinetiche dei farmaci, ma soprattutto le caratteristiche del paziente, includendo gli aspetti clinici, funzionali e cognitivi della persona, che possono incidere sull'effetto terapeutico e sulla tollerabilità del trattamento proposto.

Tra le diverse opzioni terapeutiche, viene suggerita come riferimento la scala analgesica dell'OMS, ma è doveroso sottolineare e ricordare come la scelta dell'analgesico, oltre all'intensità della sintomatologia algica, debba tener conto anche della tipologia, delle caratteristiche del dolore e dell'eziopatogenesi. Non sono raccomandate in elezione le tecniche invasive algologiche in quadri clinici con processi infettivi in atto. Nel testo vengono poi riportate indicazioni pratiche e soprattutto le interazioni farmacologiche tra l'analgesico indicato in base alla intensità del dolore e i farmaci impiegati per Covid-19.

Per la gestione dell'analgo-sedazione, vengono distinti o i protocolli in funzione del livello di intensità di cura: fase critica (terapia intensiva), fase subacuta (terapia subintensiva), fase post-acuta (degenza-riabilitazione-dimissione).

Il documento continua con indicazioni pratiche sullo stato confusionale o delirium, ansia e insonnia.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile scaricare con tablet/smartphone il pdf del Documento Rete Terapia del Dolore

■ ALLERGOLOGIA

Documento di indirizzo per pazienti allergici respiratori

I risultati preliminari di uno studio condotto dalla Società italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica (SIAAIC) insieme all'Università di Verona e di Padova e all'ospedale Poliambulanza di Brescia suggerisce che chi soffre di allergia o di asma sembrerebbe avere un rischio minore di contrarre Covid-19.

“Nelle nostre corsie - se prendiamo in particolare come riferimento le città di Brescia e Verona - la frequenza di asmatici con infezione da Coronavirus è compresa in una percentuale che va dal 2% al 3%, mentre nella popolazione generale è del 6% - afferma **Gianenrico Senna**, presidente SIAAIC e direttore UO di Allergologia, AOU di Verona.

“Non sappiamo ancora esattamente il motivo, ma come afferma anche uno studio americano - spiega Senna - una delle possibilità può essere che l'effetto dell'antinfiammatorio, inteso come cortisonico locale assunto per via inalatoria, possa in qualche modo eliminare nei pazienti asmatici l'infiammazione e dare un effetto positivo. Si tratta di una risposta di tipo immunologico innescata a livello di reazione allergica, che per certi aspetti potrebbe essere protettiva nei confronti del virus. Su questo stiamo ancora indagando, ma quello che sicuramente è certo e assodato è che sia in Cina sia in Italia la percentuale di perso-

ne asmatiche ricoverate per Covid-19 è inferiore rispetto a quella della popolazione generale”.

► Pazienti allergici respiratori

In questo periodo pandemico tuttavia questi pazienti non devono assolutamente interrompere la terapia. Al proposito la SIAAIC ha diffuso un “Documento di indirizzo per pazienti allergici respiratori”, che il prof. Senna ha illustrato a *M.D.*

• Rinite allergica

Allo stato attuale delle conoscenze, la terapia corticosteroidica intranasale (compreso spray) per la rinite allergica (RA) in pazienti Covid-19 può essere proseguita alla posologia raccomandata. Non è stato dimostrato che la terapia causi immunodepressione e la sospensione del trattamento può comportare un aumento dei sintomi respiratori, in particolare della starnutazione, con potenziale maggiore diffusione del virus.

• Asma bronchiale

I farmaci per l'asma devono essere regolarmente proseguiti, in particolare i corticosteroidi per via inalatoria (ICS), e i corticosteroidi orali (OCS). L'interruzione dell'ICS porta spesso ad un peggioramento potenzialmente pericoloso della patologia. Per i pazienti con asma grave anche la terapia biologica va

proseguita e non vanno interrotti improvvisamente gli OCS.

I curanti dovrebbero assicurarsi che tutti i pazienti abbiano un piano d'azione scritto con istruzioni sulle modalità di incremento posologico del farmaco controller e di utilizzo dei farmaci reliever se l'asma dovesse peggiorare.

Anche i pazienti sottoposti a trattamento biologico devono continuare il trattamento non essendoci evidenza che le terapie biologiche per l'asma sopprimono l'immunità.

Per quanto riguarda la spirometria va evitata in pazienti con infezione confermata/sospetta da Covid-19, perché la sua esecuzione può diffondere particelle virali ed esporre il personale e i pazienti al rischio di infezione. In fase di trasmissione comunitaria del virus, se non vi è urgenza posporre l'esecuzione di spirometria e della misurazione del picco di flusso.

• Gravidanza

Il messaggio da veicolare alle donne in gravidanza è che è assolutamente necessario curarsi e non aver timore della terapia, basata su antistaminici, steroidi per via inalatoria, nasali e bronchiali laddove coesiste asma, eventualmente broncodilatatori. Sono farmaci che possono essere utilizzati con tranquillità in gravidanza, al fine di controllare la patologia - conclude Senna.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Gianenrico Senna e visualizzare il pdf del Documento SIAAIC

■ DERMATOLOGIA

Sars-CoV-2 e cute: una relazione possibile

Ad oggi non è ancora nota con certezza la relazione tra Sars-CoV-2 e cute, ma conoscere le possibili manifestazioni cutanee potrà essere molto utile nel sospetto diagnostico e quindi aiutare a delimitare l'infezione.

In una lettera inviata al *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, è stato **Stefano Recalcati**, Dipartimento di Dermatologia, ASTT Lecco, Ospedale "Alessandro Manzoni", ad attirare per la prima volta l'attenzione su questa problematica. Il dermatologo ha osservato che il 20.4% (18) degli 88 pazienti colpiti da Coronavirus del suo ospedale ha sviluppato un coinvolgimento cutaneo con manifestazioni diverse: rash eritematoso (14), orticaria diffusa (3) e vescicole simili a varicella (1). La regione più colpita era il tronco. Le lesioni sono regredite in pochi giorni e non erano correlate alla gravità della malattia.

Altre segnalazioni provengono dalla Cina: alcuni casi di orticaria e rash sono stati osservati e descritti in pazienti colpiti dal virus. Si tratta di casi isolati ma comunque da tenere in considerazione tra i possibili sintomi dell'infezione. Un altro caso è stato riportato in Thailandia: un paziente con rash cutaneo scambiato all'inizio per un caso di Dengue, ma rivelatosi poi essere positivo al Coronavirus. L'autore del rapporto ha commentato che "esiste la possibilità che un paziente Covid-19 possa inizialmente presentare un'eruzione cutanea che può essere diagnosticata erroneamente come un'altra malattia comune. Il terapeuta dovrebbe riconoscere la possibilità che il primo sintomo sia solo appunto un'eruzione cutanea".

► Lesioni acro-ischemiche

Altre segnalazioni riguardano casi di lesioni simili a geloni o lividi da

contusioni, anche se è ancora da chiarire l'associazione con il virus. L'acrocianosi a dita della mano e del piede è attribuibile ad una vasculite e considerata un segno patognomonico di Covid-19, anche in questo caso lesioni benigne, destinate a regredire dopo 2-3 settimane, che si osservano sempre più di frequente nei bambini e nei giovani con Covid-19 anche in forma paucisintomatica o inapparente. Non destano preoccupazioni dal punto di vista clinico, ma potrebbero essere segni utili da valorizzare a fini epidemiologici e guidare verso una diagnosi precoce. Uno studio retrospettivo spagnolo su 132 giovani pazienti (età media 19.9 anni) presentatisi per un consulto dermatologico ha messo in luce la presenza di due distinti pattern di lesioni acro-ischemiche acute. Il 41% dei giovani ha riferito contatti con pazienti Covid-19 e il 21% contatti stretti con sanitari, il 14.4% ha ricevuto diagnosi di Covid-19. L'esame molecolare è stato effettuato solo su 11 pazienti, e 2 di questi sono risultati positivi. La durata mediana delle manifestazioni cutanee è stata di 9 giorni. Si sono osservati due tipi di lesioni distali: macule/papule/noduli rossi violacei (72%) (figura 1) e lesioni eritematoso-polimorfiche (macule/vescicole <1 cm (28%) (figura 2).

FIGURA 1



FIGURA 2



BIBLIOGRAFIA

- www.centrostudigised.it
- Recalcati S. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020; online.
- Fernandez-Nieto D et al. *J Am Acad Dermatol* 2020; online

■ DIABETOLOGIA

Diabete e Sars-CoV-2, prevenzione e monitoraggio

I pazienti con diabete hanno un rischio aumentato di gravi complicanze tra cui la sindrome da distress respiratorio dell'adulto e l'insufficienza multiorgano. A seconda della regione, le ultime stime segnalano che dal 20% al 50% dei pazienti registrati con Covid-19 è diabetico, spesso con una concomitante cardiopatia ischemica. Pur in assenza di chiare evidenze scientifiche un panel di esperti internazionali ha messo a punto suggerimenti pratici per le persone con diabete e Covid-19.

► Prevenzione

Quel che è certo è che è fondamentale fare di tutto per prevenire l'infezione da SARS CoV-2 nella popolazione diabetica.

I pazienti vanno sensibilizzati all'importanza di un controllo metabolico ottimale, ottimizzando l'eventuale terapia in atto e soprattutto non sospendendola, se non sotto stretto controllo che, visto il momento, può avvenire anche da remoto, con strumenti di telemedicina o comunicazioni via email o sms.

La terapia antipertensiva con sartani o ACE-inibitori e quella con statine non solo non va sospesa, ma va assolutamente proseguita.

L'obesità e il sovrappeso rappresentano importanti fattori di rischio per i pazienti con Covid-19, poiché riducono il volume polmonare, alterano la meccanica respiratoria e l'ossigenazione in corso di ventilazione meccanica, soprattutto in posizione supina. Questi soggetti presentano inoltre un'inflammatione di basso grado cronica e alterazioni dell'immunità, aggravate dalla presenza di insulino-resistenza, che riducono la loro capacità di risposta agli agenti infettivi.

"La fase 2 e la maggiore circolazione di persone rappresenta sicuramente un momento in cui l'attenzione dei diabetici deve essere ancora più stretta e le regole di distanza sociale e protezione individuale devono essere rispettate maggiormente" ha commentato **Francesco Purrello**, presidente della Società Italiana di Diabetologia. Grande attenzione inoltre deve essere posta anche al controllo metabolico".

► Trattamento

Nei pazienti ricoverati per Covid-19 è necessario il monitoraggio circa l'eventuale comparsa di diabete di nuova insorgenza, perché il virus può attaccare le cellule beta del pancreas.

I pazienti con diabete di nuova in-

sorgenza e quelli già diabetici, se affetti da Covid-19 in forma moderato-grave, richiedono in genere il passaggio a terapia insulinica per via endovenosa ad alte dosi, con l'obiettivo di mantenere la glicemia tra i 72 e i 180 mg/dL. Potrebbe essere prudente sospendere la metformina e gli inibitori di SGLT2, ma solo in caso di infezione grave da SARS CoV-2, per evitare rispettivamente il rischio di acidosi lattica e di cheto-acidosi diabetica. In caso di sospensione, il trattamento di scelta è l'insulina. Non ha senso invece la sospensione "profilattica" di questi farmaci nei pazienti in buona salute.

► Pazienti sopravvissuti all'infezione

Il SARS-CoV-2 può indurre alterazioni metaboliche di lunga durata; i pazienti sopravvissuti all'infezione dovrebbero dunque essere avviati in seguito a un monitoraggio cardio-metabolico molto stretto. Gli interventi di chirurgia metabolica andrebbero inoltre rimandati, mentre in chi è già stato operato è consigliabile vigilare sulla presenza di eventuali deficit nutrizionali (vitamine e micronutrienti) che potrebbero indebolire la risposta immunitaria.

BIBLIOGRAFIA

- Bornstein SR et al. Practical recommendations for the management of diabetes in patients with Covid-19. *Lancet Diabetes & Endocrinology* 2020; online.

■ MALATTIE DEL METABOLISMO MINERALE E OSSEO

Raccomandazioni per la gestione dei pazienti con osteoporosi

Sono state diffuse da ben cinque società scientifiche internazionali le raccomandazioni per la gestione dei pazienti con osteoporosi durante la pandemia Covid-19. La guida è specifica per i pazienti il cui il piano di trattamento dell'osteoporosi è in corso o è stato interrotto.

Tra le raccomandazioni generali viene suggerito l'avvio della terapia orale con bifosfonati per telefono o attraverso la telemedicina, senza ritardi per i pazienti ad alto rischio di frattura.

► Pazienti in trattamento

Per i pazienti già in trattamento con farmaci per l'osteoporosi (bifosfonati, denosumab, estrogeni, raloxifene, teriparatide) viene raccomandato di non interrompere la terapia quando possibile. "Non ci sono prove che una terapia per l'osteoporosi aumenti il rischio o la gravità di Covid-19 o alteri il decorso della malattia", scrivono gli autori. Hanno aggiunto, tuttavia, che Covid-19 può aumentare il rischio eventi tromboembolici correlati e quindi estrogeni o raloxifene andrebbero usati con cautela.

► Pazienti che hanno interrotto la terapia

Per tutti i pazienti i cui trattamenti sono stati interrotti, gli autori rac-

comandano frequenti rivalutazioni "con l'obiettivo di riprendere il piano terapeutico originale quando le circostanze lo consentono".

Per quanto riguarda le raccomandazioni specifiche, i pazienti trattati con denosumab che non saranno curabili entro 7 mesi dalla loro precedente iniezione devono essere trasferiti, se possibile, al bifosfonato orale.

Per i pazienti con disturbi gastrointestinali sottostanti, gli esperti raccomandano ibandronato mensile o risedronato settimanale/mensile; nell'insufficienza renale cronica viene raccomandato un regime off-label di bifosfonato orale a dose più bassa.

Nei pazienti che assumevano teriparatide e che non saranno in grado di ricevere un terapia continua, si raccomanda un posticipo del trattamento, ma se il ritardo va oltre alcuni mesi, viene suggerita una transizione temporanea al bifosfonato orale. Infine, gli esperti hanno espresso fiducia sul fatto i pazienti in terapia con bifosfonati ev non saranno danneggiati dai ritardi di trattamento, anche di diversi mesi.

► Commenti

"Mentre continuiamo a prenderci cura dei nostri pazienti, dobbiamo mantenere condizioni croniche come l'osteoporosi al centro della

nostra attenzione, e non smettere di diagnosticare le persone a rischio o quelle che presentano fratture. Anche quando non possiamo eseguire test di screening completi a causa delle politiche di allontanamento, dobbiamo essere vigili per quei soggetti che hanno bisogno di cure e amministrare le terapie che abbiamo a disposizione secondo le necessità dei pazienti" - commentano gli autori.

Non vi sono dati certi in merito alle relazioni tra patologie ossee come l'osteoporosi e infezione Covid-19. Data l'età avanzata di molti pazienti ricoverati non si esclude che la percentuale di osteoporosi in questi pazienti possa essere elevata ma puramente per un dato epidemiologico e non eziopatogenetico. Sicuramente, lo è quella dei soggetti con ipovitaminosi D.

Si segnala che alcuni lavori scientifici hanno evidenziato una maggior prevalenza di osteonecrosi della testa del femore in pazienti affetti da SARS. Ovviamente, anche in questo caso, non è certo che i dati di SARS-CoV siano mutabili anche per SARS-CoV-2.

Il documento è stato pubblicato da:
American Society for Bone and Mineral Research, American Association of Clinical Endocrinologists, Endocrine Society, European Calcified Tissue Society, National Osteoporosis Foundation.

BIBLIOGRAFIA

- www.asbmr.org
- Andrioli M. www.endocrinologiaoggi.it/2020

■ PSICHIATRIA

Associazione tra disturbi mentali ed emergenza sanitaria

Numerosi atti suicidari nell'ultimo periodo, da Nord a Sud del nostro Paese, e così anche nel resto del mondo. "L'incremento dei suicidi cui stiamo assistendo purtroppo non deve sorprenderci. Era prevedibile, dopo la drammatica emergenza sanitaria per l'epidemia Covid-19, che potesse scoppiare anche un'emergenza di ordine psichiatrico". È l'allarme lanciato dal prof. **Armando Piccinni**, psichiatra e presidente della Fondazione BRF (Istituto per la Ricerca in Neuroscienze e Psichiatria).

"Al di là dei singoli casi gli studi scientifici dimostrano che ogni qual volta siamo vittime di epidemie, crisi economiche, emergenze internazionali e cataclismi, assistiamo anche ad un incremento dei disturbi di natura mentale che possono portare, nei casi più estremi, a idee di auto-soppressione. Queste manifestazioni si inseriscono in un più ampio complesso di comportamenti che di regola segue periodi con altissimi livelli di stress e traumi di inaudita violenza. Dopo ogni trauma segue un periodo di rielaborazione e di paura, in cui ognuno reagisce con il proprio temperamento e resiste con la propria resilienza. Che i suicidi possano crescere numericamente è un rischio con-

creto se teniamo conto della gravità dei traumi che tante persone hanno subito".

► Ansia e depressione

L'emergenza sta provocando anche la crescita di segnalazioni di ansia e paura, disturbi del sonno e depressione anche gravi. Lo ha spiegato il direttore generale dell'Oms Tedros A. Ghebreyesus. "Molte persone - scrive Ghebreyesus - soffrono per la perdita di mezzi di sussistenza e opportunità, coloro che amano una persona affetta da Covid-19 si trovano ad affrontare preoccupazioni e separazione. Alcune si rivolgono ad alcol, droghe o comportamenti potenzialmente rischiosi come il gioco d'azzardo. La violenza domestica è aumentata. Infine, chi sperimenta la morte di un membro della famiglia per Covid-19 potrebbe non avere l'opportunità di essere fisicamente presente negli ultimi momenti o di tenere funerali secondo la tradizione culturale, il che potrebbe interferire con il processo del lutto.

Esistono inoltre segnalazioni nella letteratura scientifica che la malattia è sempre più associata a manifestazioni mentali e neurologiche, nonché ansia, disturbi del sonno e depressione. In più, è probabile che Covid-19 aggravi preesistenti problematiche di sa-

lute mentale e neurologica e disturbi da uso di sostanze e limiti l'accesso per coloro che hanno bisogno di servizi".

► Valutazione e monitoraggio

Alcuni suggerimenti utili nella pratica medica emergono da una recente pubblicazione del *NEJM*. Gli autori consigliano che la valutazione e il monitoraggio psicosociale dovrebbero includere domande su fattori di stress correlati a Covid-19 (come esposizioni a fonti infette, familiari infetti, perdita di persone care, distanza fisica), avversità secondarie (per esempio problemi economici), effetti psicosociali (depressione, ansia, preoccupazioni psicosomatiche, insonnia, aumento dell'uso di sostanze e violenza domestica) e indicatori di vulnerabilità (come condizioni fisiche o psicologiche preesistenti). Alla luce della crescente crisi economica e delle numerose incertezze che circondano questa pandemia, possono emergere idee suicidarie che richiedono una consultazione immediata o un possibile ricovero psichiatrico di emergenza.

BIBLIOGRAFIA

- www.fondazionebrf.org
- Pfefferbaum B. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med* 2020; online.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Armando Piccinni

■ MEDICINA INTERNA

Disturbi elettrolitici nei pazienti affetti da Covid-19

I disturbi elettrolitici hanno importanti implicazioni non solo per la gestione dei pazienti, ma anche per l'identificazione di potenziali meccanismi fisiopatologici sottostanti alla malattia, che potrebbero condurre a migliori opportunità terapeutiche.

Già i primi studi sul Covid-19 avevano rilevato la presenza di disturbi elettrolitici alla presentazione del paziente, con alterazioni, in particolare, delle concentrazioni plasmatiche di sodio, potassio, cloruro e calcio.

Altre ricerche hanno inoltre ipotizzato che, tra i pazienti con Covid-19 in forma più grave, vi sia al basale una più elevata proporzione di ipokaliemici rispetto a quanto si riscontri nella malattia meno severa.

Proprio per approfondire meglio queste importanti questioni, è stata recentemente realizzata una analisi aggregata di confronto fra le concentrazioni sieriche di sodio, potassio, cloruro e calcio nei pazienti con malattia severa e nei soggetti con malattia meno grave, che ha fornito alcuni preziosi elementi di conoscenza.

► Un'analisi di diversi studi

Degli iniziali 36 articoli identificati facendo una ricerca su Pubmed per parole chiave, ne sono stati individuati 5 che rispondevano alle

caratteristiche necessarie per compiere l'analisi aggregata, per un campione totale di 1415 pazienti. Di questi, 244 (17.2%) presentavano Covid-19 in forma severa.

I risultati hanno mostrato che nei pazienti con malattia severa i livelli di sodio erano significativamente più bassi rispetto a quanto riscontrato in quelli con patologia meno grave (differenza media ponderata - WMD: -0.91 mmol/l).

Anche il potassio è risultato significativamente inferiore nei pazienti con Covid-19 grave rispetto a quelli con malattia non grave, in maniera molto più omogenea rispetto a quanto riscontrato coi valori di sodio (WMD: -0.12 mmol/l). Non si sono rilevate differenze significative fra i due gruppi per quanto concerne il cloruro, mentre per il calcio i livelli sono risultati ancora una volta inferiori per i pazienti con malattia grave (WMD: -0.20 mmol/l).

► Ipokaliemia e Covid-19

In sintesi, lo studio conferma che la gravità del Covid-19 è associata a minori concentrazioni sieriche di potassio, sodio e calcio.

Questi disturbi, in particolare l'ipokaliemia, potrebbero avere implicazioni clinicamente significative per la gestione dei pazienti e contribuire potenzialmente a chiarire i meccanismi patogenetici sottostanti al

Covid-19. L'ipokaliemia è nota per esacerbare la sindrome da distress respiratorio acuto e il danno cardiaco acuto, che sono complicanze comuni in questa virosi, specialmente in pazienti che presentano malattia polmonare o cardiaca sottostante.

L'ipokaliemia fornisce anche un indizio fisiopatologico: SARS-CoV-2 si lega al recettore dell'ospite, angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) e probabilmente ne riduce l'espressione, portando quindi a un aumento di angiotensina II, suo ligando, che è a sua volta in grado di causare un incremento dell'escrezione renale di potassio, favorendo così l'ipokaliemia.

Un secondo potenziale meccanismo in grado di contribuire all'ipokaliemia e ad altre alterazioni elettrolitiche in alcuni pazienti con Covid-19 potrebbe riguardare le perdite per via gastrointestinale, visto che diarrea e nausea sono presenti in almeno il 34% e 3.9% dei casi, rispettivamente.

Fermo restando che sono auspicabili ulteriori ricerche per confermare questi risultati e per stabilire il loro significato clinico, gli Autori sottolineano l'opportunità di valutare lo stato elettrolitico alla presentazione dei pazienti e di monitorare i disturbi elettrolitici nel corso della malattia, al fine di stabilire in tempo appropriate azioni correttive.

BIBLIOGRAFIA

- Lippi G, et al. Electrolyte imbalances in patients with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19). Ann Clin Biochem 2020. <https://doi.org/10.1177/0004563220922255>

Lesioni cutanee a lenta guarigione in Medicina Generale

Questa indagine epidemiologica sulla prevalenza e l'eziologia delle lesioni cutanee complesse trattate negli ultimi tre anni in un ambulatorio di Medicina Generale evidenzia come il Mmg, opportunamente formato in un ambulatorio adeguatamente attrezzato, possa rappresentare la figura professionale efficace e complementare ad altri attori del Ssn e con un ruolo centrale di coordinamento

Stefano Riccardi - *Medico di medicina generale - Specialista Wound Care, ASL RM6 Distretto H1*
Liliana Dulach - *Infermiera Ambulatorio di Medicina Generale*

È stata condotta una indagine epidemiologica retrospettiva sulla prevalenza e l'eziologia delle lesioni cutanee complesse (LCC), le ferite a lenta guarigione, osservate e trattate negli anni 2017-2018-2019 e nei primi tre mesi del 2020 nell'ambulatorio di Medicina Generale situato nel Presidio Cartoni di Rocca Priora (Roma) ASL RM6 Distretto H1.

Le lesioni a lenta guarigione, le cosiddette ferite difficili o ulcere cutanee croniche (LCC), hanno una scarsa tendenza alla guarigione, possono essere molto dolorose e spesso recidivano. La branca della medicina che si occupa di queste ferite è la Vulnologia, dal latino vulnus, ferita: tuttavia essendo molto complesso il trattamento delle LCC sarebbe auspicabile un approccio multidisciplinare al fine di ridurre i tempi di guarigione di queste ferite. La multidisciplinarietà può essere realizzata sia nella stessa struttura dove gli operatori sanitari sono in fisica contiguità, sia virtualmente mediante percorsi dedicati dinamici e biunivoci. L'approccio vulnologico basilare è rappresentato dalla valutazione della ferita secondo il modello "T.I.M.E.", che serve per "leggere" la ferita e prendere le giuste decisioni terapeutiche. Il T.I.M.E. deve essere associato al termine "CARE", la persona che abbiamo davanti, ed al fattore "Tempo": non si può curare una lesione protratta nel tempo sen-

za risultati.

Il criterio temporale di guarigione delle ferite permette di distinguere le ferite in acute e croniche:

- **T0:** il trauma determina una lesione dei tessuti a cui segue una fase caratterizzata da emostasi ed aumento della permeabilità vasale con migrazione delle cellule infiammatorie;
 - **T1:** dopo alcuni giorni di fase infiammatoria segue una fase di riparazione tissutale caratterizzata da proliferazione cellulare, sintesi di matrice extracellulare, tessuto di granulazione, angiogenesi e riepitelizzazione;
 - **T2:** da 10 a 14 giorni si verifica la fase di rimodellamento della ferita con la chiusura e la contrazione dei tessuti.
- In sintesi la ferita acuta guarisce nell'arco di 15 giorni; superato il limite di 4-6 settimane si parla di ferita cronica. Le ferite cutanee complesse sono delle ferite croniche che vengono solitamente indicate con il termine di ulcere o piaghe a seconda che la soluzione di continuo della cute presenti o meno necrosi dei tessuti.

Posto di fronte a una LCC il vulnologo deve valutare se la ferita sarà guaribile: valutare in altri termini il meccanismo eziopatogenetico alla base della lesione, lo stato di vascolarizzazione dei tessuti perilesionali e della lesione stessa, la gravità della contaminazione batterica. La ferita sarà guaribile se la causa della

lesione potrà essere rimossa, se sarà garantita una adeguata vascolarizzazione dei tessuti, se sarà possibile controllare la contaminazione e/o infezione della lesione stessa. Sarà necessario aggiungere infine un quarto fondamentale criterio di valutazione della lesione rappresentato dall'anamnesi del paziente e dalla gravità delle sue comorbidità.

► Indagine

Sulla base di queste premesse è stata condotta una indagine epidemiologica retrospettiva sulle prestazioni di particolare impegno, registrate nell'ambulatorio di Medicina Generale e regolarmente retribuite dalla ASL di competenza, per la cura di lesioni cutanee che hanno richiesto tempi di guarigione superiori ai 30 giorni. Sono state riportate anche quelle lesioni giudicate inizialmente complesse sia per il meccanismo patogenetico che per la stadiazione, ma che hanno fatto registrare tempi di guarigione inferiori a quanto previsto.

Occorre chiarire che il fine dello studio non era valutare l'efficacia delle medicazioni utilizzate, ma verificare se la valutazione iniziale sulla guaribilità della lesione stessa fosse stata corretta o meno; in seconda istanza verificare la possibilità che l'ambulatorio di Medicina Generale possa rappresentare un luogo idoneo al trattamento delle LCC. Durante il trattamento delle LCC sono

stati utilizzati quali indicatori di percorso la scala di stadiazione Push Tool 3.0 e/o la fotografia della lesione e la scala di valutazione del dolore Wong Baker, mentre indicatori di esito erano rappresentati dalla guarigione della lesione oppure dalla diversa decisione terapeutica intrapresa dal vulnologo. In sintesi le medicazioni sono state modificate ogni 15 giorni in funzione degli indicatori di percorso, mentre il controllo dell'indicatore di esito era previsto a 3 mesi dall'inizio delle medicazioni, qualora la LCC non fosse ancora guarita.

► Risultati

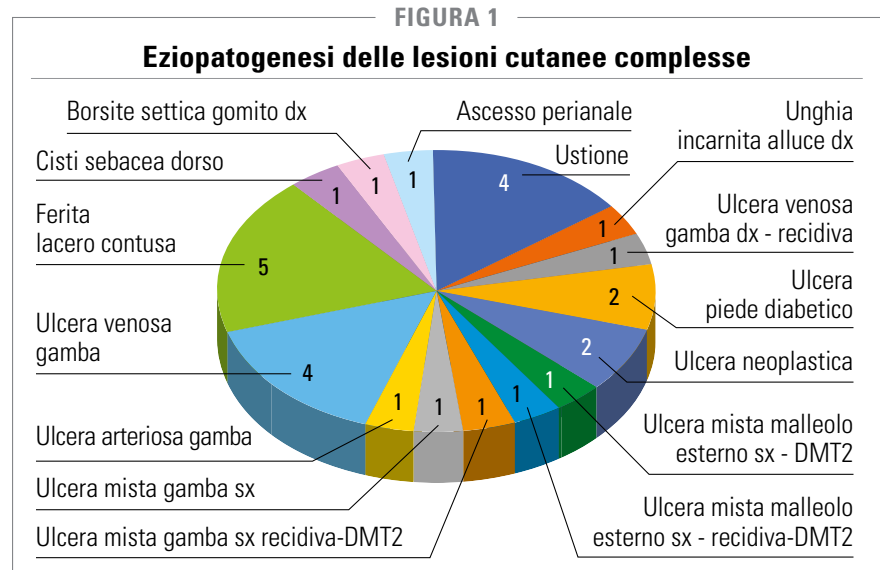
Complessivamente nel periodo di tempo compreso tra il mese di gennaio 2017 e il mese di marzo del 2020 sono stati medicati 28 pazienti (1,86%) su un bacino di 1.500 assistiti.

I pazienti sono rappresentati da 15 uomini (54%) e 13 donne (46%) con età media di 67 anni (range 21-92 anni).

Il dato ottenuto fa rilevare una sostanziale uguaglianza della prevalenza in entrambe i sessi. I pazienti medicati nel 2017 sono stati 5 (18%); 7 (25%) nel 2018, 13 (47%) nel 2019 e infine 3 (10%) nei primi tre mesi del 2020.

Confrontando i dati degli anni 2017 e 2018 in cui gli Autori hanno trattato complessivamente 104 pazienti effettuando 433 medicazioni si può rilevare come in questi due anni i 12 pazienti con LCC abbiano rappresentato l'11,5% dei pazienti complessivamente trattati. L'analisi eziopatogenetica delle LCC (figura 1) mostra i seguenti risultati in ordine decrescente:

- 9 ulcere vascolari degli arti inferiori (venose, arteriose e miste);
- 5 ferite lacero-contuse;
- 3 ustioni;
- 2 ulcere neoplastiche;
- 2 ulcere in piede diabetico;
- 1 borsite settica del gomito;
- 1 ascesso perianale;
- 1 cisti sebacea del dorso;
- 1 unghia incarnita dell'alluce in paziente diabetico.



Le ferite lacero-contuse rappresentano la percentuale maggiore delle ferite rilevate come singola entità nosologica (18,5%), ma considerando complessivamente le ulcere di natura vascolare degli arti inferiori si rileva come queste ultime rappresentino la maggioranza delle lesioni trattate (40,7%).

Occorre sottolineare che 2 pazienti affetti da ulcera venosa agli arti inferiori sono stati trattati una seconda volta per recidiva in anni diversi e uno dei pazienti, affetto da borsite settica del gomito, ha iniziato le medicazioni alla fine di dicembre 2019 e ha continuato il trattamento nel 2020 (figura 2).

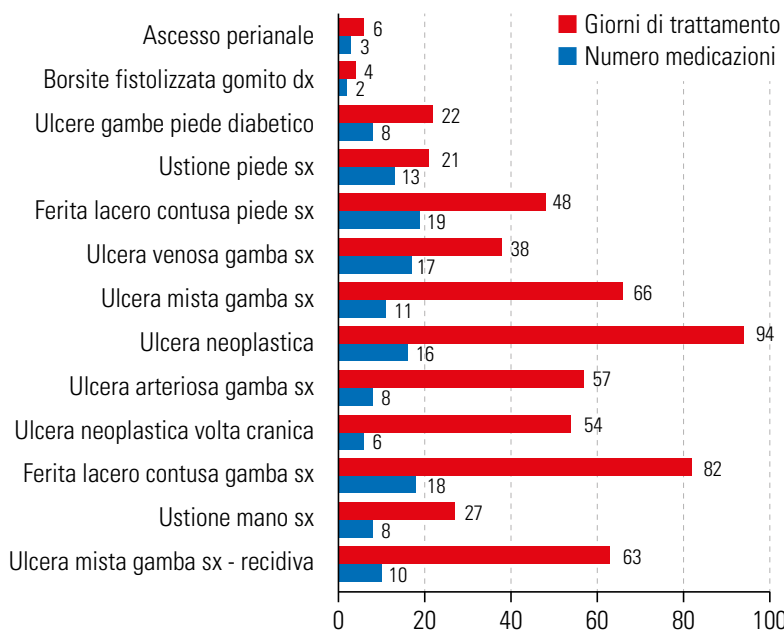
Dall'analisi dei risultati si evince che 6 pazienti (22%) hanno mostrato tempi di guarigione inferiori ai 30 giorni, anche se la valutazione iniziale sulla guaribilità della ferita faceva supporre tempi superiori: nel dettaglio si tratta di 2 pazienti affetti da ustione di 2° del dorso e della mano; 1 paziente, affetto da ascesso perianale, che dopo il drenaggio e la scomparsa della sintomatologia clinica, è stato inviato a consulenza proctologica; 1 paziente diabetico che ha mostrato un rapido recupero della integrità cutanea a livello delle gambe: probabilmente il pregresso intervento di rivascolarizzazione e il compenso metaboli-

co hanno inciso notevolmente sull'evoluzione del quadro clinico; 1 paziente ha mostrato un veloce miglioramento, ma la riparazione è stata ottenuta con cicatrice ipertrofica; infine 1 paziente che, affetto da ulcera venosa degli arti inferiori, ha ridotto i tempi di guarigione indossando la calza contenitiva prescritta. Analizzando il tempo impiegato e il numero di medicazioni effettuate, come ripeto tutte registrate ed inviate al Distretto ASL di competenza per il loro pagamento, e limitando lo studio delle LCC ai 21 pazienti che hanno richiesto tempi di guarigione superiori ai 30 giorni, si evidenziano i seguenti risultati:

- Il tempo medio impiegato per le diverse medicazioni è stato di 70,9 giorni (range 27 - 240 giorni);
 - Il numero medio delle medicazioni effettuate è stato di 16,7 medicazioni (range 6 - 58 medicazioni).
- Focalizzando l'attenzione sui pazienti con recidiva è stato osservato quanto segue:
- il paziente con ulcera venosa al primo episodio ha richiesto 7 medicazioni con tempo di guarigione pari a 22 giorni; l'anno successivo per la stessa lesione sono state necessarie 11 medicazioni con un tempo di guarigione pari a 44 giorni.
 - La seconda paziente affetta da ulce-

FIGURA 2

Prevalenza delle lesioni cutanee complesse (2019)



ra vascolare mista e DMT2 al primo episodio ha richiesto 9 medicazioni con un tempo di guarigione pari a 42 giorni; per la recidiva sono state necessarie 25 medicazioni con un tempo di guarigione pari a 113 giorni.

La valutazione del dolore associato alla lesione, valutato con scala di Wong Baker, non ha evidenziato la necessità di ricorrere ad un trattamento sistemico del dolore; talvolta è stata usata lidocaina

per uso topico prima della medicazione. L'analisi degli esiti (*figura 3*) ha evidenziato:

- 2 pazienti ancora in trattamento: la borsite settica del gomito e una ferita lacero contusa della gamba in una paziente di 91 anni (*figura 4*);
- 1 paziente con ulcera neoplastica è deceduto;
- 1 paziente con ulcera arteriosa dell'arto inferiore è stato ricoverato;
- 2 pazienti sono stati inviati a consulenza specialistica chirurgica: 1 paziente affetta da ulcera venosa degli arti in-

feriori (chirurgo vascolare) e 1 paziente affetto da ascesso perianale (chirurgo proctologo);

- tutti gli altri pazienti sono guariti (75%).

► Conclusioni

I report mensili, inviati alla ASL di appartenenza e regolarmente retribuiti come da contratto, sono stati archiviati nell'ambulatorio del Mmg. A questo proposito si potrebbe proporre una revisione delle prestazioni di particolare impegno che possono essere fatte in convenzione dal Mmg introducendo ad esempio il trattamento delle LCC, la prevenzione e il management del piede diabetico, la profilassi domiciliare delle lesioni da pressione ed eliminando prestazioni che attualmente vengono eseguite con rara frequenza oppure ormai obsolete, come le iniezioni sottocutanee desensibilizzanti sostituite dalle gocce sublinguali. L'analisi dei dati e soprattutto la valutazione degli esiti evidenzia come il Mmg, opportunamente formato in un ambulatorio adeguatamente attrezzato, possa rappresentare una figura professionale efficace e complementare ad altre figure professionali del SSN nella gestione delle lesioni cutanee; potrebbe avere un ruolo di coordinamento all'interno dell'ambulatorio infermieristico e potrebbe rappresentare il fulcro attorno a cui ruotano i diversi specialisti coinvolti a diverso titolo nella gestione delle lesioni cutanee ed in particolare in quelle a lenta guarigione.

FIGURA 3

Esito

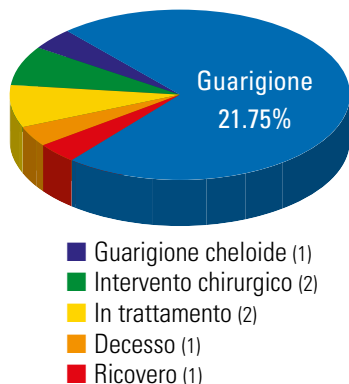


FIGURA 4

Ferita lacero contusa della gamba (paziente di 91 anni)



Sarcopenia e sviluppo di diabete

Un nuovo studio suggerisce che la perdita muscolare legata all'invecchiamento possa rappresentare un obiettivo, spesso ancora non riconosciuto, di interventi mirati a prevenire lo sviluppo del diabete negli anziani

I cambiamenti della muscolatura scheletrica tipici del processo di invecchiamento contribuiscono allo sviluppo di insulino-resistenza tipica del DMT2. Il muscolo scheletrico rappresenta infatti il più importante distretto corporeo insulino-sensibile, intervenendo per circa l'80% all'uptake del glucosio. In primo luogo è probabile che, nell'anziano sarcopenico, la riduzione della massa muscolare scheletrica, determini una ridotta capacità di smaltimento del glucosio. Tuttavia, anche il declino nella qualità muscolare può incrementare il rischio di insulino-resistenza: il muscolo nel soggetto anziano presenta una ridotta capacità ossidativa, con conseguente aumento della produzione di radicali liberi, che contribuiscono alla disfunzione mitocondriale e alla comparsa di processi pro-infiammatori che favoriscono l'insulino-resistenza.

► Nuova ricerca

Un recente studio segnala che gli uomini che presentano una eccessiva riduzione della massa muscolare legata all'invecchiamento hanno maggiori probabilità di sviluppare il diabete di tipo 2.

Il team di ricerca ha analizzato i dati di 871 uomini e 984 donne, con età media di 59 anni non diabetici all'inizio dell'indagine. I soggetti sono stati sottoposti a misurazioni tramite assorbimetria a raggi X per valutare massa grassa e massa magra. Durante il follow-up di circa 7 anni,

i ricercatori hanno osservato 134 nuovi casi di diabete.

È emerso che uomini e donne con una percentuale più elevata di massa corporea magra, o massa muscolare, avevano livelli di glicemia inferiori sia a digiuno che al test orale di tolleranza al glucosio a 2 ore. Gli uomini che avevano invece meno massa muscolare magra - sarcopenia - mostravano un aumento significativo dei valori associati a un maggior rischio di DMT2.

Questo aumentato rischio, però, non si verificava nelle donne. "Quello dei muscoli - ha chiarito l'autrice Rita Kalyani - è il tessuto che assorbe maggiormente gli zuccheri presenti nel sangue e svolge, per questo, un ruolo essenziale nella regolazione della glicemia. Un ruolo ancora in gran parte da indagare. La ricerca suggerisce che la perdita muscolare legata all'invecchiamento possa rappresentare un obiettivo, ancora non riconosciuto, di interventi mirati a prevenire lo sviluppo del diabete negli anziani".

► Interventi

L'identificazione, il trattamento e la prevenzione della sarcopenia rappresentano una sfida e vanno messe in atto una serie di strategie nutrizionali e di comportamento.

Focalizzandosi sull'attività fisica il primo intervento è l'introduzione di un corretto programma di allenamento. Gli esercizi di tipo aerobico sub-massimale, costituiti da numerose contrazioni muscolari protratte nel tempo

con minima resistenza, possono contribuire all'aumento della massa e della forza muscolare nei soggetti debilitati, soprattutto dopo lunga immobilizzazione. Viceversa, in soggetti sani, l'efficacia di questi esercizi ha effetto soprattutto sulla capacità cardiovascolare. Allo scopo di ottenere un sostanziale miglioramento di forza, massa e performance muscolare, si rende necessaria in questi individui l'introduzione di protocolli che comprendano esercizi anaerobici di potenza. Sulla base di queste evidenze, le raccomandazioni per gli adulti e le persone anziane e fragili dovrebbero includere un programma equilibrato di entrambi resistenza e potenza (3 giorni/settimana). L'esercizio fisico regolare è l'unica strategia collaudata per prevenire costantemente la fragilità e migliorare la sarcopenia e la funzione fisica negli adulti e anziani. L'esercizio fisico aumenta la capacità aerobica, la forza muscolare e la resistenza. Nei pazienti più anziani, l'esercizio e l'attività fisica producono almeno gli stessi effetti benefici osservati negli individui più giovani. Il soggetto anziano è certamente ben allenabile e può raggiungere condizioni fisiche buone e una forza uguale o superiore a quella di soggetti più giovani sedentari.

BIBLIOGRAFIA

- Kalyani RR et al. The relationship of lean body mass with aging to the development of diabetes. *Journal of the Endocrine Society* 2020, bvaa043
- SIGG. Atti 64° Congresso nazionale. Pacini Medicina, 2019
- Fondazione ADI. Position Paper- Fragilità e sarcopenia nell'anziano. www.adiitalia.org

Covid-19 e sistema renina-angiotensina-aldosterone

In base alle complesse interazioni tra SARS-CoV-2 e RAAS evidenziate dagli studi sperimentali finora disponibili, solo evidenze scientifiche ottenute con ulteriori dati clinici ed epidemiologici più precisi potranno fare chiarezza in questo ambito ed eventualmente guidare specifiche strategie terapeutiche

a cura di **Pasquale De Luca¹**,
con la collaborazione di: **Antonio De Luca², Michele Carella¹, Giuseppe Di Pumpo⁴,
Massimo Errico⁵, Vito Sollazzo⁶, Angelo Benvenuto³**

► Introduzione

Il nuovo coronavirus, causa della pandemia Covid-19 che sta attualmente interessando l'intero pianeta, è stato denominato SARS-CoV-2 per le caratteristiche strutturali e genomiche simili al coronavirus responsabile della SARS (Sindrome Respiratoria Acuta Severa), noto come SARS-CoV, diffusasi prevalentemente in Cina nel 2002-2003. Sono state pubblicate diverse revisioni scientifiche che, sulla base di evidenze precliniche, hanno sottolineato il potenziale ruolo chiave del sistema renina-angiotensina-aldosterone (RAAS) nella patogenesi della malattia da Covid-19.

► Premesse

Il RAAS è un complesso sistema ormonale che svolge un ruolo fondamentale nell'omeostasi cardiovascolare. L'attivazione ormonale inizia con la produzione di renina da parte delle cellule iuxtaglomerulari renali. La renina converte l'an-

giotensinogeno, un'alfa-2-globulina di produzione epatica, in angiotensina 1. L'angiotensina 1, un decapeptide biologicamente inattivo, viene trasformato nella forma attiva angiotensina II dall'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE). L'ACE è una dicarbossipeptidasi presente in molti tessuti e particolarmente rappresentata sulla superficie endoteliale dei vasi polmonari. L'angiotensina II agisce a livello tissutale attraverso due classi di recettori, AT1 e AT2, che mediano effetti opposti.

L'effetto netto di attivazione del RAAS include la vasocostrizione, la ritenzione di sodio ed acqua con incremento del volume circolante, un aumento della pressione arteriosa e della contrattilità miocardica. Oltre agli effetti fisiologici descritti, l'attivazione del RAAS ha anche un ruolo in diversi stati patologici con promozione di fenomeni fibrotici, infiammatori e di proliferazione delle cellule muscolari lisce.

Studi genetici hanno identificato la presenza di enzimi omologhi ad ACE tra cui l'enzima 2 di conversione dell'angiotensina (ACE2) che fa parte di un sistema ormonale endogeno con effetto di antagonismo sul RAAS. L'azione dell'ACE2 si esplica mediante la conversione di angiotensina II in angiotensina 1-7 che, attraverso il recettore MAS, promuove il rilascio di peptidi vasoattivi come NO, bradichinina e PGE21 con ef-

fetto vasodilatatore, antinfiammatorio ed organo-protettivo. Similmente all'enzima ACE, anche ACE2 è una proteina transmembrana con un sito catalitico extracellulare. L'attività enzimatica di ACE2 appare ridursi con l'invecchiamento ed essere maggiore nei soggetti di sesso femminile.

Farmaci attivi sul RAAS sono ampiamente utilizzati nel trattamento dell'ipertensione arteriosa, dello scompenso cardiaco e dell'infarto del miocardio. Le due classi farmacologiche principalmente impiegate sono gli inibitori dell'ACE (ACE-I) e gli antagonisti del recettore dell'angiotensina II (ARB). Entrambe le classi di farmaci modulano l'attività del RAAS tramite una inibizione dell'asse ACE-angiotensina II-AT1 ed una up-regulation dell'asse ACE2-angiotensina1-7 - Recettore MAS.

► Dati acquisiti

Il virus che causa Covid-19 si lega a un recettore della superficie cellulare chiamato recettore dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE)-2, al fine di entrare nelle cellule bersaglio. Questi recettori sono abbondanti nelle cellule epiteliali di molti tessuti umani: polmone, intestino, cuore, reni e vasi sanguigni. Più specificatamente, possiamo affermare che vari studi molecolari e sperimentali hanno dimostrato che il SARS-CoV-2, così come il

Ospedale "T. Masselli-Mascia" S. Severo ASL FG

¹Dirigente Medico S.C. Medicina Interna

²Dirigente Medico S.C. Cardiologia-UTIC

³Direttore S.C. Medicina Interna

IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza"

San Giovanni Rotondo (FG)

⁴Direttore S.C. Pronto Soccorso

Ospedale Ente Ecclesiastico "F. Miulli"

Acquaviva delle Fonti (BA)

⁵Direttore S.C. Medicina Interna

Ospedale "G. Tatarella" Cerignola ASL FG

⁶Direttore S.C. Cardiologia-UTIC

SARS-CoV, con la subunità S1/S2 delle glicoproteine dei suoi spikes è in grado di legarsi al dominio extracellulare dell'ACE2. La successiva endocitosi dell'ACE2 con la particella virale ad essa legata permette l'ingresso del virus all'interno della cellula e determina una riduzione delle molecole di ACE2 espresse sulla superficie cellulare. Modelli animali e reperti istopatologici umani hanno dimostrato che SARS-CoV può limitare l'attività della via metabolica mediata dall'ACE2 a livello polmonare e miocardico ed in questo modo favorire l'infiammazione a livello polmonare e miocardico.

È da sottolineare come il sistema ACE/ACE2 sembri avere un ruolo importante nella mediazione del danno polmonare nelle sindromi da distress respiratorio acuto ARDS. Uno studio sperimentale ha dimostrato come l'attività dell'ACE2 e la stimolazione dei recettori AT2 dell'angiotensina II proteggano dal danno polmonare acuto indotto da sepsi o aspirazione di acidi (come i succhi gastrici) e, viceversa, come il danno polmonare acuto induca una significativa down-regulation dell'ACE2. In aggiunta, in un altro studio su modello animale è stato osservato che l'ARDS era associata ad un aumento dell'attività dell'ACE ed una riduzione dell'ACE2 e la somministrazione di angiotensina1-7 (prodotto dell'attività di ACE2 sull'angiotensina II) portava ad un miglioramento della funzione polmonare. Complessivamente, la down-regulation di ACE2, che è stata osservata in generale in modelli animali con ARDS e con infezione da SARS-CoV e da SARS-CoV-2, porta ad uno sbilanciamento dell'attività ACE/ACE2 con conseguente accumulo di angiotensina II che, attraverso il recettore AT1, incrementa la permeabilità vascolare e favorisce il danno tissutale.

► Conclusioni

Gli inibitori del RAAS, che comprendono sia ACEI che ARB, hanno dimostra-

to di avere un impatto benefico su insufficienza cardiaca, ipertensione e cardiopatia ischemica. Un gruppo di ricercatori sottolinea che i pazienti trattati con ACEI o ARB hanno un'espressione più elevata di ACE2. Ciò potrebbe comportare un aumento del rischio di infezione da virus. D'altra parte, alcuni ricercatori hanno trovato un livello più alto di angiotensina II nel sangue dei pazienti con polmonite Covid-19. Questi ricercatori pensano che il legame del virus con questi recettori possa ridurre l'attività dell'enzima residuo, causando uno squilibrio del rapporto ACE/ACE2. Ciò potrebbe aumentare il livello di attività dell'angiotensina II, causando infiammazione e lesioni ai polmoni e quindi potenzialmente aumentando il rischio di lesioni polmonari acute (ALI) spesso fatali in questa condizione. In questo caso, ACEI/ARB potrebbero ridurre questo rischio.

Con i loro effetti antinfiammatori, potrebbero anche prevenire la tempesta di citochine e la risposta iperinfiammatoria che guida la sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS).

Altri scienziati si chiedono invece se questi farmaci potrebbero inibire l'ingresso virale nelle cellule ospiti aumentando i livelli di ACE2 solubile, che potrebbe competere con il virus per i recettori e possibilmente prevenire il danno polmonare.

Due sono, quindi, i dati finora noti circa l'interazione tra RAAS e l'infezione da SARS-CoV-2:

- l'ACE2 funge da mediatore dell'ingresso delle particelle virali all'interno delle cellule;
- la down-regulation dell'ACE2, osservata in generale in modelli animali di ARDS ed indotta anche dall'infezione da SARS-CoV-2, potrebbe favorire la suscettibilità di cuore, polmoni e reni al danno tissutale in corso di Covid-19. Sulla base delle osservazioni finora riportate sono state avanzate in definitiva due ipotesi antitetiche sul possibile ruolo dei farmaci che interferisco-

no con il RAAS (ACE-I e ARB) e l'infezione Covid-19.

Da una parte si ipotizza che questi farmaci inducendo una sovra-espressione di ACE2, recettore del virus, possano potenziare il danno tissutale da SARS-CoV-2. L'altra ipotesi è che la sovra-espressione di ACE2, indotta da questi farmaci, possa avere effetti favorevoli aumentando la produzione di angiotensina 1-7, mediatore antinfiammatorio, e riducendo i livelli locali di angiotensina II, che ha effetti pro-infiammatori.

Il legame tra i meccanismi biologici attraverso cui agiscono questi farmaci e il recettore del virus in Covid-19 ha suscitato un'enorme curiosità scientifica. Di conseguenza, sono in programma diversi studi per testare l'effetto di farmaci specifici su pazienti infetti che non sono abbastanza malati da essere ricoverati in ospedale, così come su pazienti infetti. Sono comunque necessari ulteriori studi per determinare se l'uso di questi farmaci possa ridurre la mortalità dovuta ad ALI o ARDS in Covid-19, indipendentemente dal fatto che questi farmaci sarebbero altrimenti stati prescritti.

In conclusione, va precisato che in base alle complesse interazioni tra SARS-CoV-2 e RAAS evidenziate dagli studi sperimentali finora disponibili, solo evidenze scientifiche ottenute con ulteriori dati clinici ed epidemiologici più precisi potranno fare chiarezza in questo ambito ed eventualmente guidare specifiche strategie terapeutiche.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- *Circulation* 2005; 111: 2605-10.
- *Hypertens Res* (2020). <https://doi.org/10.1038/s41440-020-0455-8>
- *J Pathol* 2004; 203: 631-7.
- *Nature* 2005; 436:112-6.
- *Diabetes* 1996; 45 (S 1):S14-S19.
- *J Hypertension* 2012; 30: 375-83.
- *N Engl J Med* 2020; 382 :1653-9
- *Cell* 2020; 181: 281-292.e6.
- *J Mol Cell Cardiol* 2016; 97:180-90.
- *J Pathol* 2011; 225: 618-27.
- *Life Sciences* 2006; 78: 2166-71.

Il vissuto delle terapie intensive

Condividere il proprio vissuto di operatori sanitari, le criticità, le speranze e le attese durante la pandemia Covid-19, con la certezza che comunicando si possano superare gli aspetti più critici, proteggersi dal burnout e offrire il miglior servizio a pazienti e familiari. Su queste basi è stato ideato da SIAARTI il progetto “Scriviamo la storia” con un blog dedicato agli operatori di terapia intensiva. Oltre cento emozionanti testimonianze di professionisti, che precisano: “i veri eroi sono i pazienti”

Patrizia Lattuada

Il Progetto “Scriviamo la storia” è un’iniziativa di comunicazione e condivisione professionale appoggiato dalla Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI). Sul blog pubblico <https://vissuto.intensiva.it> sono disponibili decine e decine di testimonianze di colleghi, che rappresentano una occasione di “medicina narrativa” volta al benessere degli operatori che avvertono la necessità di una condivisione professionale delle esperienze vissute all’interno degli ospedali italiani in un momento così eccezionale. Abbiamo rivolto alcune domande al Dott. **Giovanni Mistraletti**, rianimatore dell’Ospedale San Paolo, Università Statale di Milano, coordinatore di “vissuto.intensiva.it” e del progetto “Intensiva 2.0”, volto a migliorare la comunicazione con i familiari dei pazienti critici.

Da dove nasce l’esigenza di proporre un blog pubblico?

I Sono due le ragioni alla base di questo progetto di medicina narrativa: da un lato crediamo che scrivere le proprie emozioni possa essere un momento liberatorio per gli operatori sanitari che hanno vissuto momenti così difficili, che potrebbero provocare *moral distress* o una sindrome da stress post-traumatico. La scrittura e la condivisione delle testimonianze possono essere un fattore protettivo sia per chi scrive sia per chi legge, per sentirsi meno soli.

La seconda ragione risiede nel tracciare il punto di vista prezioso e mai scontato in un periodo storico in cui c’è stata una estrema inflazione di notizie provenienti dalle terapie intensive. Ma si è perso di vista ciò che accadeva veramente, il vissuto degli operatori deve essere condiviso perché la storia sia ricostruita per come effettivamente è stata nella sua drammaticità, ma anche nella sua umanità, un aspetto che spesso non è stato riportato dai mezzi di comunicazione e che rischia di essere dimenticato.

Fa parte nel vostro preesistente progetto “Intensiva 2.0”?

I Negli anni scorsi abbiamo dato vita al progetto “Intensiva 2.0”, un sito con materiale informativo per comunicare meglio con i familiari dei pazienti critici in terapia intensiva. Crediamo che migliorando la comunicazione, sia da un punto di vista razionale sia dal punto di vista della legittimazione delle emozioni che vengono provate dai familiari, si possa migliorare la comprensione della prognosi ma anche il loro stato emotivo. Questo lo stiamo dimostrando attraverso la ripetizione su larga scala di uno studio che coinvolge 335 reparti di terapia intensiva italiani. Da una costola di questo progetto è nato il blog <https://vissuto.intensiva.it/>, perché siamo convinti che la terapia intensiva sia un tutt’uno: non si può curare bene i malati, se non ci si prende cura anche dei familiari e degli operatori sanitari.

 **La “medicina narrativa” è spesso intesa come uno strumento per avvicinare il medico al suo paziente. Al contrario raccontare pubblicamente le proprie emozioni può diventare un mezzo per superare le difficoltà psicologiche e di stress che i medici stanno vivendo?**

I La medicina narrativa è uno strumento potente per presentare il proprio vissuto e quindi permettere a chi cura di considerare l’insieme della persona, nelle sue problematiche fisiche e psicologiche. Ora i curanti - medici e infermieri di terapia intensiva, medici di Pronto soccorso - che hanno vissuto una condizione sovrastante, si sono trovati di fronte a problematiche incredibili, gigantesche, sproporzionate rispetto alla formazione ricevuta, rischiano a loro volta di diventare pazienti che possono beneficiare della medicina narrativa. Anche se non arrivano a manifestare un malessere psicologico clinicamente rilevante possono migliorare il loro benessere grazie alla condivisione del loro vissuto. Qualcuno afferma che *‘ci vorranno degli psicologi che si prendano cura degli psicologi che si sono presi cura dei medici’*. Sono stati momenti difficili, per fortuna brevi e dopo oltre due mesi (ad oggi, ndr) la situazione è decisamente migliorata e non abbiamo paura di curare i malati in modo ‘controllabile’. Quando arrivavano 60 pazienti al giorno in PS, era una condizione che si può definire un ‘inferno dantesco’.

? Quante testimonianze sono state raccolte? Il progetto continuerà?

Le testimonianze che abbiamo raccolto sono oltre 100 e provengono soprattutto dalle Regioni più colpite e sono di medici e infermieri, in forma anonima. Non ci sono ragioni per credere che vi sia una polarizzazione verso una età o un genere. Ipotizziamo che abbiano condiviso il loro vissuto sia i giovani, sia operatori con esperienza pluriennale; alcuni hanno scritto *“siamo sconvolti, perché non abbiamo mai visto nulla del genere”*. Piuttosto le

esperienze sono talvolta travolgenti: la resilienza degli operatori viene manifestata sia con lo sconforto, sia con proposte concrete, valorizzando i momenti di successo, che permettono di continuare a lavorare con speranza, nonostante la portata della pandemia. Il progetto continuerà, anche se oggettivamente avrà meno ragion d'essere. Noi siamo professionisti, in alcuni casi esposti a momenti di estrema difficoltà. Le definizioni di 'eroi' o di 'ultimo baluardo contro il Coronavirus' sono controproducenti e anche se og-

gettivamente veri, non rispecchiano l'immagine migliore che possiamo dare. Personalmente non ci tengo ad essere famoso e credo che l'interesse manifestato verso di noi sia un 'fuoco di paglia'; anche se è stato molto sincero da parte della popolazione, ma io temo un po' meno da parte delle istituzioni. Staremo a vedere, ma quello che conta è considerare il vissuto degli operatori come essenziale per aumentare l'empatia, per proteggersi dal burnout e per offrire il miglior servizio ai pazienti e ai loro familiari.

Alcune testimonianze dal blog <https://vissuto.intensiva.it>

► Andrà tutto bene?

Innanzitutto detesto l'hashtag #andràtuttobene. Tutto bene cosa? È già andato tutto male.

Vorrei prendere a schiaffi chi ha detto che andrà tutto bene. Persone morte SOLE, SENZA TIRARE IL FIATO, A CENTINAIA. Parenti a casa, soli, senza avere contatti, notizie. Noi al lavoro... terrorizzati. Malati che sembrano andare bene e dopo due ore si inchiodano e in 24 ore muoiono, senza che tu sia riuscito a fare niente. Terapie date a caso, dubbi su tutto. Anche su come ti chiami. Andrà tutto bene cosa?

► I nostri occhi sono gli unici che vedono prima di morire

...Chi muore lo fa con noi e con le nostre lacrime... è come se ci avessero privato di poter piangere i nostri cari e di poter elaborare il dolore e il lutto! Rimane tutto qui in queste stanze... senza che un urlo possa salire nel cielo. Trovo questo alienante e allo stesso tempo crudele e incomprendibile! I nostri occhi sono gli unici che alcune persone vedranno prima di morire! Una grande responsabilità!

► “Ma la voce?”

Fino a due settimane fa, la maggior parte dei pazienti viveva o moriva, a pre-

scindere dallo sforzo. Invece ora sembra esserci più tempo. Sicuramente l'esperienza si accumula, le indicazioni sono più sicure, le certezze sono maggiori. Il paziente al letto 5 è stato tracheostomizzato cinque giorni fa. L'altra notte ho finalmente avuto un'interazione con una persona e non con un corpo. La prima percezione è stata: insofferenza. Mi domando subito: e ora? Sono mascherata, non può vedere il mio viso, leggere le mie espressioni. Spero non sia sordo!

► ... ma poi crolli

Nell'immaginario mi piacerebbe avere mille mani e piedi e poter aiutare tutti e contemporaneamente, ma più spesso ci si trova a dover stilare delle priorità di intervento e “scelta” del pz a cui dare l'ultima CPAP che hai a disposizione. È massacrante fisicamente ma soprattutto emotivamente in quanto nessuna vita ha più valore di un'altra, ma ogni vita VALE.

► Solo gli occhi

Passato tutto questo, non ricorderò i turni massacranti o le notti insonni o la ginnastica coronarica quando sai di non poter intubare un paziente che avresti rianimato in qualsiasi altra situazione. Ricorderò solo gli occhi: gli occhi

dei colleghi, degli infermieri, dei pazienti. Che ti guardano cercando le stesse conferme che cerchi tu nei loro.

► Con il nostro impegno lasceremo un seme

Fino a poco più di un mese fa non avevo la percezione di quello che stava per accadere, di quello che stava per travolgere la mia vita, la mia città, il mio Paese, il mondo. La pandemia da SARS-CoV-2 sta provocando uno stravolgimento che ci coinvolge a 360° gradi come professionisti della sanità e come esseri umani. Siamo messi a dura prova in ogni scelta professionale e privata.

Ecco alcuni esempi di quotidiano vivere; turno in centrale operativa mi passano una chiamata, è una figlia, ha i genitori anziani chiusi nella loro casa con la febbre da 8 giorni. Lei vive a pochi chilometri di distanza, è in quarantena, il marito è ricoverato in terapia intensiva per una polmonite interstiziale da Covid-19. Dottoressa ho paura (sta pianendo), che si fa con i miei genitori?

Infobox

<https://vissuto.intensiva.it>; www.intensiva.it



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Giovanni Mistraretti

Prevenzione e rischio ambientale

Un nuovo modello di prevenzione, che coinvolga a pieno titolo i medici del territorio, considerando la pandemia di Covid-19 come un evento sentinella.

È quanto scrivono alle istituzioni i medici per l'ambiente

Considerare la pandemia di Covid-19 come un evento sentinella, facendo tesoro delle lezioni che possiamo trarne. Ripartire, verso la pienezza della fase 2 e poi ancora oltre, con un nuovo modello non solo di assistenza ma anche di prevenzione, che coinvolga a pieno titolo i medici del territorio: i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali interni ed esterni. Infine, imparare a ragionare a più ampio respiro, pensando alla pandemia come a un "segnale", preavviso di tutto quello che potrebbe seguire se non lo considerassimo in chiave globale e di tutela del nostro mondo nel suo insieme. Perché con il Covid-19, ma anche con i cataclismi ambientali, "la natura ci sta mandando un messaggio".

È questo, in estrema sintesi, il senso della lettera aperta che Isde, l'associazione internazionale dei Medici per l'ambiente, con al suo interno la Rimsa, la rete italiana dei Medici sentinella per l'ambiente, ha inviato al Presidente del Consiglio, al Ministro della Salute, e al Ministro dell'Ambiente.

Anche i rappresentanti di diverse società professionali e scientifiche hanno sottoscritto la missiva. I contenuti sono stati anticipati nel corso del webinar "Da Covid-19 alla rete dei Medici sentinella per l'ambiente. Idee e proposte per un nuovo ruolo del medico nel territorio" (7 maggio 2020, registrazione disponibile online su www.youtube.com).

► Perché coinvolgere i Mmg/Pls

Perché le cose possano andare meglio nel corso di una grande epidemia (ma non solo) le autorità sanitarie devono rivalutare fortemente il ruolo dei Mmg e Pls, coinvolgendoli nei percorsi di prevenzione, assistenza ed erogazione di cure adeguate. Dotandoli, però, anche dei necessari strumenti di protezione. Tutto questo accompagnato da sistemi di comunicazione e rapidi su informazioni cliniche, aggiornamento epidemiologico e risultati delle indagini".

"Nella gestione di una pandemia, di una epidemia, nel corso delle fasi 2 e 3 il Mmg potrebbe essere la figura che, caso per caso, potrebbe indicare i pazienti più vulnerabili (cardiopatici, diabetici, ipertesi) e dunque più a rischio, ma non solo. I Mmg possono suggerire le misure sanitarie da intraprendere adatte ai diversi territori e fornire appropriate informazioni ai propri pazienti" - ha spiegato **Paolo Lauriola**, Coordinatore rete RIMSA (ISDE-FNOMCEO) nel corso del webinar.

"In una prospettiva di valutazione del contesto ambientale, va ribadito che ci sono molte condizioni cliniche che vengono gestite solo nell'ambito delle cure primarie. Queste condizioni non dovrebbero essere ignorate perché possono rappresentare un indicatore precoce di problemi legati all'ambiente, come

- malattie allergiche, asma;
- malattie endocrine e metaboliche;

- attacchi di panico e alterazioni dello sviluppo neurocognitivo;

- disturbi del sonno;

ma anche, e soprattutto, alcune condizioni veicolate da vettori (*arthropod-borne infectious diseases*), in particolare quelle trasmesse da *Aedes albopictus* (zanzara tigre).

La loro trasmissione dipende dal contesto ambientale locale e quindi chi meglio del Mmg può segnalare le problematiche e individuare e segnalare i cluster in ambito provinciale o regionale? Inoltre il Mmg è estremamente influente sulle abitudini/attitudini degli individui e sulle scelte della comunità e possono giocare un ruolo cruciale come link tra problematiche globali ed azioni locali".

Tornando alla Fase 2 e 3, occorre ricordare che essa si baserà sulla sorveglianza del territorio. Le azioni di contrasto saranno efficaci solo se tempestive e precise. Occorre cogliere questa necessità/opportunità per creare un sistema di "Medici Sentinella" che ci consenta di far fronte alle emergenze sanitarie, ma anche e soprattutto per creare un contesto capace di adattarsi anche alle emergenze ambientali che possono contribuire e contribuiranno sempre di più a determinarle".



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone il pdf della Lettera aperta ISDE



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



RESVERATROLO VIA AEROSOL E COVID-19



NUTRIZIONE IN PAZIENTI COVID-19, UN RAZIONALE



NUTRACEUTICI NELLA SINDROME DELL'OCCHIO SECCO



GOTTA E SOSTANZE NATURALI: TRIAL SCADENTI



SOSTANZE NATURALI CONTRO STRESS E ANSIA

Resveratrolo via aerosol e Covid-19

Un concentrato di polifenoli, il taurisolo, potrebbe rivelarsi un alleato contro la tempesta citochinica

■ Un concentrato di polifenoli, denominato taurisolo, potrebbe rivelarsi un prezioso alleato nel combattere la tempesta citochinica che si abbatte sui pazienti Covid-19. La speranza arriva dagli studi di un gruppo di ricercatori guidati da **Ettore Novellino**, direttore del dipartimento di Farmacia dell'Università Federico II di Napoli, che da oltre due anni sta analizzando le proprietà antiossidanti di una miscela di polifenoli, ricca di resveratrolo, presenti nelle vinacce dell'uva aglianico estratte con un processo particolare e successivamente microincapsulati per aumentarne l'assorbimento a livello intestinale. Dopo le ricerche su malati affetti da tubercolosi polmonare bacilliferi ora si sta mettendo a punto un protocollo sperimen-



tale per pazienti Covid 19 da sottoporre ad Aifa. “Nei nostri esperimenti avevamo osservato che le condizioni di ipossia acuta o cronica, a seguito di minore irrorazione sanguigna indotta da stenosi vasale o da ridotta funzionalità cardiaca, portavano alla formazione di radicali liberi o Ros”, sottolinea Novellino. “Il perdurare di tale condizione, nella sua gradualità, determina una alterazione delle pareti vasali a partire dall’endotelio di essi, con alterazioni anatomiche ma soprattutto perdita della funzionalità dell’organo in cui

ciò avviene. Il target da raggiungere è quello di ridurre la produzione dei Ros al fine di bloccare il processo infiammatorio degenerativo la cui entità può essere misurata attraverso la presenza nel sangue di mediatori endogeni di infiammazione quali la interleuchina 6. Nostri esperimenti in vitro su aorta umana e in vivo su cervello di ratto hanno dimostrato la capacità del taurisolo di esercitare tale effetto di spegnimento dei Ros con salvaguardia dell’integrità tissutale degli organi in esame”.

Nutrizione in pazienti Covid-19, un razionale

Dal Policlinico San Matteo di Pavia un’esperienza interessante sui protocolli da adottare in corsia e a domicilio

■ Lo stato nutrizionale dei pazienti ricoverati per Covid-19 può rivelarsi un fattore prognostico per il peggioramento del quadro clinico e la necessità eventuale di ventilazione assistita. Un’esperienza interessante sui protocolli da adottare al momento dell’arrivo in corsia giunge dal Policlinico San Matteo di Pavia. Quanto praticato è stato oggetto di una recente pubblicazione su *Nutrition* (2020, online). **Riccardo Caccialanza**, direttore Uoc di Dietetica e Nutrizione clinica al San Matteo, racconta quanto da loro operato.

“Lo stato nutrizionale di partenza dei pazienti è molto importante perché, da alcune evidenze preliminari che stiamo valutando attraverso lo studio multicentrico ‘Nutri-Covid19’, emerge come il sovrappeso e la presenza di caratteristiche tipiche della sindrome metabolica sembrano costituire un fattore predittivo dello sviluppo di complicanze più severe, in particolare di insufficienza respiratoria grave.

Abbiamo implementato un protocollo di supplementazione nutrizionale precoce. Il fine era cercare di garantire ai pazienti un supporto non solo meramente calorico/proteico, ma anche di nutrienti dall’azione antinfiammatoria/antiossidante e di prevenzione della perdita di muscolo per cercare di evitare che i pazienti progredissero verso l’insufficienza respiratoria o addirittura la terapia intensiva.

È stata fornita una supplementazione precoce di proteine di siero di latte e una supplementazione endovenosa precoce con multivitaminici e oligoelementi e dopo un dosaggio sistematico della vitamina D-25OH, abbiamo implementato un protocollo di supplementazione precoce a seconda dei livelli sierici riscontrati.

I dati preliminari segnalano che un’alta percentuale di pazienti ricoverati in ospedale per Covid-19 presenta valori estremamente bassi di vitamina D, difficilmente ascrivibili a stagionalità, scarsa assunzione alimentare o scarsa esposizione solare.

Parliamo, mediamente, di livelli sotto i 10 ng/ml, una ipovitaminosi marcatissima. Se questo sia concausa o effetto della malattia, andrà valutato con trial specifici. La nostra esperienza, comunque, ci suggerisce di ricorrere a una supplementazione precoce di vitamina D.

Per i pazienti in isolamento domiciliare consiglieri un multivitaminico a dosaggio standard e un’integrazione di vitamina D a basso dosaggio, tra 1.000 e 2.000 Ui/die. È importante, inoltre, cercare di mantenere un buon apporto proteico e di favorire, laddove possibile, una discreta attività fisica a domicilio per preservare la massa muscolare”.



Nutraceutici nella sindrome dell'occhio secco

Una review ha analizzato l'effetto di alcuni nutraceutici nel trattamento delle patologie oculari

■ Pubblicata su *Nutrients* una review che ha analizzato l'effetto di acidi grassi omega-3, vitamine A, B12, C, D, selenio, curcuma e flavonoidi nel trattamento della sindrome dell'occhio secco. **Giuseppe Giannaccare**, docente di Oftalmologia all'Università Magna Graecia di Catanzaro e coordinatore dello studio ci ha fornito un'ampia panoramica.

"I risultati del nostro studio confermano gli effetti benefici derivanti dall'utilizzo dei nutraceutici nell'ambito della superficie oculare, sia per prevenire l'insorgenza di occhio secco, sia per trattare segni e sintomi della patologia, in associazione ai trattamenti tradizionali a base di colliri.

► Acidi grassi omega-3

Tra tutte le sostanze analizzate gli acidi grassi omega-3 hanno mostrato le più robuste evidenze scientifiche. In molti studi infatti è stato mostrato il loro spiccato effetto antinfiammatorio, la capacità di promuovere l'integrità dell'epitelio corneale e la produzione lacrimale, sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo. Inoltre, è stato dimostrato un loro ulteriore effetto positivo a livello del plesso nervoso corneale, dove hanno dimostrato di svolgere un ruolo trofico potenziando gli effetti di fattori di crescita nervosi.

► Vitamina B12

Un'efficacia nel contrastare la disfunzione neuro-sensoriale quale fattore chiave nella perturbazione della superficie oculare è stata osservata a seguito della supplementazione vitaminica, in particolare con vitamina B12, come dimostrato dal significativo miglioramento dei sintomi della malattia dell'occhio secco an-

che in caso di associazione con dolore di origine neuropatica.

► Polifenoli e flavonoidi

Ottimi risultati sono stati ottenuti dalla somministrazione di polifenoli e flavonoidi, la cui potenzialità applicativa è però limitata dai pochi studi e dalla bassa biodisponibilità a causa del ridotto assorbimento e della rapida eliminazione. In particolare, la curcuma ha portato ad una significativa riduzione dei mediatori infiammatori, inibendo allo stesso tempo la neovascolarizzazione corneale, epifenomeno di un sottostante quadro infiammatorio e/o ipossico.

► Astaxantina

Stiamo attualmente studiando gli effetti sulle patologie oculari, compresa la malattia dell'occhio secco, della astaxantina, alga nota per l'elevato potere antiossidante, e speriamo di potervi fornire presto nuovi interessanti dati.



Gotta e sostanze naturali: trial scadenti

Le prove a supporto dell'impiego di prodotti naturali nel trattamento della gotta richiedono ulteriori approfondimenti

■ "Per stabilire il ruolo di prodotti naturali nel trattamento della gotta sono necessari studi clinici randomizzati di elevata qualità con criteri standardizzati di valutazione riconosciuti a livello internazionale". Sono le conclusioni di

una review della letteratura condotta da un team di ricercatori cinesi e statunitensi (Yang J et al. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2020, Article ID 7976130, online).

La ricerca si basa sul razionale di capire la solidità delle evidenze scientifiche presenti in letteratura a sostegno dell'impiego di sostanze di origine naturale. I ricercatori hanno selezionato nove trial clinici randomizzati più rappresentativi e pubblicati tra il 2008 e il 2019, per un totale di 1.156 pazienti. Sette studi prendevano in esame prodotti erboristici, mentre gli altri due, rispettivamente, un derivato del latte scremato e un estratto di ciliegia. Le formulazioni erano costituite prevalentemente da decotti. In due casi si trattava di capsule e in uno di prodotto in polvere. I risultati della revisione indicano una certa efficacia dei diversi prodotti sulla sintomatologia clinica, rappresentata da gonfiore, dolore e limitazione dell'attività. Di contro, però, nessun miglioramento di parametri ematochimici, dai livelli sierici di acido urico a quelli di PCR. Quanto agli effetti collaterali, non sono emerse differenze con i gruppi di controllo.

Così commentano gli Autori: "La qualità metodologica degli studi a disposizione è davvero scadente. Gli stessi dati che evidenziano un'efficacia clinica, non si rivelano sufficientemente solidi e soprattutto non sono raccolti



secondo criteri omogenei. Alcuni hanno preso in considerazione in maniera esaustiva indici quali dolore, gonfiore, e limitazione dell'attività fisica insieme a parametri di laboratorio, altri si sono focalizzati esclusivamente su gonfiore e dolore e altri solo su parametri ematochimici, per non parlare dei limiti nei disegni degli studi e delle dimensioni ridotte dei campioni".

Sostanze naturali contro stress e ansia

Tra le sostanze naturali in grado di agire su ansia e stress si segnalano teanina e zafferano

■ Le ricadute psicologiche della vita in quarantena sono state oggetto di una review recentemente pubblicata su *Lancet* dal King's College di Londra che analizza i sintomi



e le manifestazioni cliniche, rappresentati da ansia, difficoltà di rilassamento, diminuzione del tono umore, maggiore irascibilità e aumentato stress. Ne parla **Marzia Pellizzato**, vicepresidente Sifnut (Società Italiana Formulatori in Nutraceutica). Tra le sostanze naturali in grado di agire su questo fronte si segnalano in virtù delle evidenze scientifiche, che ne confermano l'efficacia nella riduzione dell'ansia e nel miglioramento del tono dell'umore, teanina e zafferano.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Marzia Pellizzato

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

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

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