M.D.

MEDICINAE DOCTOR Anno XXVII, numero 5 - 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

PROSPETTIVE 6

Il rilancio dell'assistenza territoriale è vitale per la sicurezza del servizio sanitario

ISTANZE 8

I Mmg lombardi scrivono al nuovo direttore della sanità regionale

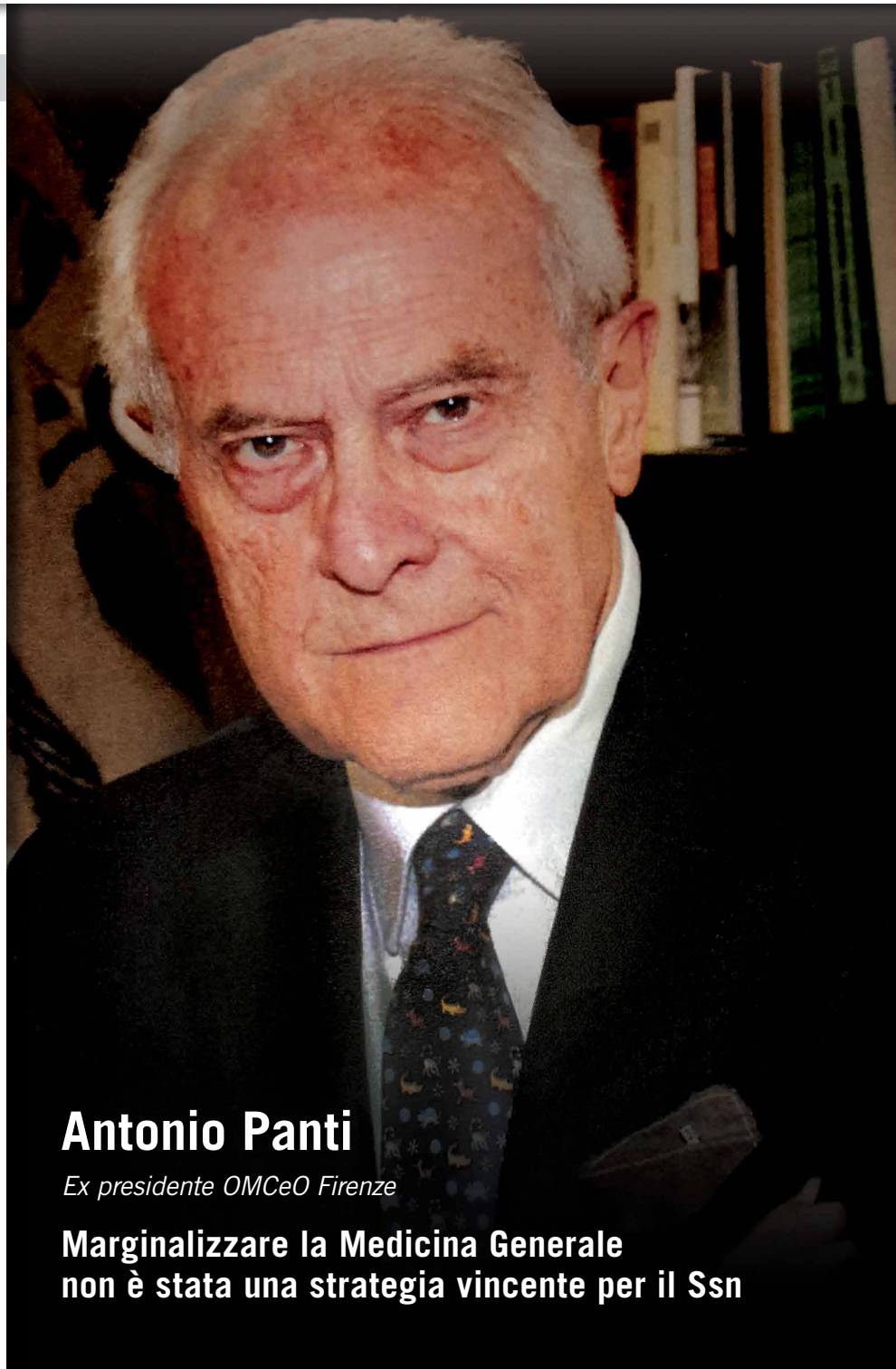
RASSEGNA 32

Non si muore solo di Covid-19

PREVENZIONE 36

Azioni di prevenzione cardiovascolare ai tempi del Covid-19

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



Antonio Panti

Ex presidente OMCeO Firenze

Marginalizzare la Medicina Generale non è stata una strategia vincente per il Ssn

M.D.
MEDICINAE DOCTOR

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXVII numero 5 giugno-luglio 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 Bisconcin, Claudio Borghi,
Nicola Dilillo, Giovanni Filocamo,
Massimo Galli, Mauro Marin,
Carla Marzo, Giacomo Tritto

Redazione
Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione
Rossana Magnelli

Pubblicità
Teresa Premoli
Sara Simone

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

Amministratore unico
Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

In questo numero

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
  Marginalizzare la Medicina Generale non è stata una strategia vincente per il Ssn 5
- **Prospettive**
  Il rilancio dell'assistenza territoriale è vitale per la sicurezza del servizio sanitario 6
- **Istanze**
  I Mmg lombardi scrivono al nuovo direttore della sanità regionale 8
- **Professione**
  Il nostro ruolo non si può rivalutare senza un riconoscimento accademico 10
- **Tribuna**
  Siamo cambiati, ma a che prezzo e per quale futuro? 14
- **Esperienze**
  I medici di continuità assistenziale abbandonati alla loro sorte 17
- **Riflettori**
  La cooperazione nell'ambito della Medicina Generale 22
- **Indagini**
  La telemedicina piace ai medici di famiglia 24

AGGIORNAMENTI

- **Allergologia**
  Anafilassi: sono i farmaci la prima causa di morte 26
- **Diagnostica**
  Covid-19: meno albumina, più rischio trombotico 27
- **Ipertensione arteriosa**
  Antipertensivi protettivi anche negli anziani fragili 28
- **Medicina interna**
  Potassio e prevenzione dell'ictus: cosa si sa 29
- **Prevenzione**
  Attività fisica e riduzione del rischio oncologico 30
- **Psichiatria**
  Ricadute della pandemia sulla salute mentale 31

CLINICA E TERAPIA

- **Rassegna**
  Non si muore solo di Covid-19 32
- **Prevenzione**
  Azioni di prevenzione cardiovascolare ai tempi del Covid-19 36
- **Pratica medica**
  Una depressione... che peggiora con gli antidepressivi 38
- **Terapia**
  Mmg e prescrizione dei NOAC 40
- ***Rassegna da* Nutrienti e Supplementi** 43

Marginalizzare la Medicina Generale non è stata una strategia vincente per il Ssn

Sono molti gli insegnamenti che possiamo trarre dalla recente pandemia. Soffermandoci sulla gestione sanitaria, la lezione che si palesa immediatamente è che la marginalizzazione della Medicina Generale non è stata una strategia vincente. Ne è convinto **Antonio Panti**, ex presidente dell'OMCeO di Firenze.

"I principi del nostro Ssn, istituito con la legge 833 del 1978, universalità del diritto alla cura e eguaglianza delle prestazioni - dichiara a *M.D. Medicinae Doctor* - avevano come fondamento una forte Medicina Generale (MG). Ma in questi quarant'anni di storia del nostro Ssn, tali principi sono stati estremamente compromessi da persistenti tagli delle risorse investite nel comparto e da un costante depauperamento e marginalizzazione della Medicina Generale, che non è stata sufficientemente finanziata e sostenuta. Gli effetti si sono rivelati prepotentemente proprio in occasione della pandemia che ha portato in superfice anche le criticità dovute alla Riforma del Titolo V e alle differenze dei vari sistemi sanitari regionali. Quelle Regioni che hanno scelto di marginalizzare ancor di più la MG e con essa la medicina del territorio hanno pagato un prezzo alto in termini di vite e di diffusione del contagio. A fare la differenza sono stati però i territori che potevano contare sulla presenza di una MG ben organizzata". Questa evidenza ha generato tra la professione e non solo, un dibattito sulla necessità del passaggio alla dipendenza dei Mmg. Ma per Panti si tratta di un dibattito che si fonda su di un falso problema.

"Il *core* della Medicina Generale è il rapporto fiduciario - precisa Panti - motivo per cui la Convenzione non si discute. Ma ad essa mancano alcuni istituti, attualmente necessari, atti a garantire una forte organizzazione del sistema delle cure primarie. Il Mmg è giuridicamente un libero professionista ma parasubordinato. La pandemia ha portato in superficie alcuni precisi limiti della MG che dimostrano come si può e si deve evitare la dipendenza, ma non ci si può esimere dal garantire l'omogeneità delle prestazioni. Quanto abbiamo vissuto ha reso chiaro che il mirabile impegno dei singoli Mmg è stato frustrato dalla mancanza di una struttura di sostegno come è l'ospedale e come dovrebbe essere il distretto. Questo è il nodo della questione e, ove non lo si comprenda, la MG corre il rischio di non riuscire a far valere tutta la propria reale efficacia assistenziale". Quello che Panti auspica è la trasformazione dell'esercizio della MG in una attività professionale che abbia una sua propria organizzazione.

"Immagino - continua - una costituzione di presidi territoriali che circondano a corona l'ospedale di 'zona' in maniera da garantire un percorso senza soluzione di continuità per il paziente/assistito. C'è, però, un altro elemento che mi preoccupa, la mancanza di una coerenza di pensiero sulla sanità, sia a livello politico e amministrativo, sia all'interno della stessa professione". Secondo l'ex presidente della OMCeO di Firenze, c'è la necessità di una visione complessiva del Ssn che tenga in considerazione le possibilità date dalle nuove tecnologie informatiche. "Abbiamo bisogno di un cambiamento radicale, al contrario andremo avanti con un sistema sanitario che costa poco, ma non rende quanto potrebbe, soprattutto laddove c'è il fulcro della tutela della salute: la Medicina Generale e la Medicina del territorio".

A.S.

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

Il rilancio dell'assistenza territoriale è vitale per la sicurezza del servizio sanitario

In base ad un'indagine dell'Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche (Inapp) il Servizio Sanitario Nazionale, sebbene sia giudicato più che positivamente dai cittadini italiani, dopo l'esplosione del Covid-19, ha bisogno di essere messo in sicurezza e per farlo è necessario rilanciare i servizi territoriali, vero anello debole del sistema e perno delle cure primarie

Il Servizio Sanitario Nazionale è giudicato più che positivamente da 6 italiani su 10, ma per metterlo in sicurezza, dopo l'esplosione del Covid-19, bisogna rilanciare i servizi territoriali, vero anello debole di questi mesi segnati dalla pandemia e perno delle cure primarie. È questa, in sintesi, l'esortazione che viene dallo studio: "*Il sistema sanitario di fronte all'emergenza: risorse, opinioni e livelli essenziali*" dell'Inapp, l'Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche.
Lo studio ha analizzato la percezione degli italiani nei confronti della sanità prima dell'emergenza Covid-19, ed ha esaminato aspetti quali la spesa regionale, i posti letto disponibili e alcuni degli indicatori dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria (Lea). Infine ha preso in considerazione le misure sanitarie previste nel decreto Rilancio, che riportano al centro del dibattito pubblico l'attenzione a un sistema in difficoltà in diverse aree del Paese, che potrà trarre benefici dai cospicui investimenti previsti, qualora lo Stato mostri rinnovate capacità nel guidare e governare i processi e i rapporti nel settore sanitario.
"La pandemia è scoppiata in modo violento ma la risposta degli operatori sanitari è stata pronta anche nella fase più acuta dell'emergenza - ha spiegato il presidente dell'Inapp, prof. **Sebastiano Fadda** - l'Italia ha dimostrato con il suo Ssn di non essere il malato d'Europa, ma ciò che adesso va fatto è indirizzare le risorse per la sanità pubblica al fine di rilanciare i presidi sul territorio e, allo stesso tempo, rafforzare anche le nuove forme di assistenza consentite dallo sviluppo tecnologico, come la telemedicina, la cui utilità non si esaurisce con la post-pandemia".
Il decreto Cura Italia e più compiutamente il decreto Rilancio hanno previsto misure specifiche dedicate al settore sanitario *(tabella 1)*. Mentre il primo è nato come prima risposta emergenziale e disponeva misure urgenti per il sistema sanitario, il decreto Rilancio interviene in una prospettiva più ampia. "Ma tale prospettiva deve abbracciare - ha aggiunto il presidente Fadda - anche problemi finora sottovalutati, come il miglioramento della *governance*, la ridefinizione del rapporto pubblico-privato, l'effettiva possibilità di accesso in tempi congrui al servizio pubblico e il rafforzamento stabile del personale medico e infermieristico".

Ssn: lo stato dell'arte

In particolare nello studio si mette in evidenza come il nostro Servizio Sanitario Nazionale si caratterizza, rispetto ai sistemi degli altri paesi industrializzati, per due aspetti:

1. I tre principi fondamentali su cui si basa: universalità, uguaglianza ed equità.
2. L'organizzazione, in particolare la *governance* multilivello e l'integrazione fra l'assistenza sanitaria e quella sociale.

Dai dati Inapp-Plus emerge che 6 cittadini su 10 giudicano positivamente la sanità di base e quella di emergenza. Tuttavia questo è il valore medio; rimangono profonde le differenze tra i territori: in Trentino alto Adige e Emilia-Romagna la valutazione positiva è di oltre 8 persone su 10, mentre in Calabria e Molise si scende a 3 persone su 10.
L'epidemia del virus Covid-19 ha fatto emergere ancor di più le differenti capacità dei modelli regionali in termini d'infrastrutture territoriali e di personale qualificato disponibile.
"L'emergenza sanitaria legata al Covid-19 ha riaperto in modo prorompente il dibattito sul nostro Ssn– scrivono infatti, nello studio i ricercatori dell'Inapp - sottolineando capacità e resilienza, ma anche debolezze strutturali complessive di alcune realtà".
In sintesi, l'epidemia ha fatto venire a galla le differenti capacità dei modelli regionali in termini d'infrastrutture territoriali e di personale

TABELLA 1

Classificazione degli interventi dei decreti Cura Italia e Rilancio

Emergenziali	Strutturali	Sperimentali
Incremento ore di specialistica; Istituzione aree sanitarie temporanee. Unità medico specialistica, Unità tecnico infermieristica ed Unità sociosanitaria presso il Dipartimento della protezione civile. Credito d'imposta per la sanificazione degli ambienti di lavoro, acquisto di mascherine chirurgiche e DPI. Disposizioni a supporto dell'acquisto da parte delle Regioni di beni necessari a fronteggiare l'emergenza Covid-19. Sorveglianza sanitaria e quarantena precauzionale; Dispositivi per la diagnostica del Covid-19 (tamponi). Monitoraggio del rischio sanitario connesso al passaggio dalla fase 1 alla fase 2.	Immissione di liquidità per il finanziamento del Ssn (3.375 milioni anticipati, in deroga alla normativa vigente sul finanziamento ordinario e il Piano sanitario nazionale). Rafforzamento dell'assistenza ospedaliera (posti letto e strutture mobili). Potenziamento dell'assistenza territoriale (ADI, infermiere di comunità, infermieri) e del Pronto soccorso. Potenziamento della rete ospedaliera (terapie intensive fisse e mobili).	Attivazione delle Centrali operative regionali, dotate di apposito personale e di apparecchiature per il tele-monitoraggio e la telemedicina, con funzioni di raccordo fra i servizi territoriali e il sistema di emergenza-urgenza. Introduzione di procedure semplificate per l'approvvigionamento. Piani regionali di riorganizzazione delle reti ospedaliere, recepiti nei Programmi operativi regionali per la gestione dell'emergenza Covid-19. Potenziamento delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA).

qualificato disponibile. In ciò hanno giocato soprattutto il mancato inserimento negli anni del personale infermieristico e il sottodimensionamento nell'offerta di posti letto. Di particolare rilievo, in quanto protagonista della recente epidemia, è la posizione della Lombardia che si trova a un buon livello per quanto riguarda i posti per cure riabilitative, ma mostra standard decisamente bassi riguardo al recepimento di ricoveri per patologie croniche.

Le criticità insiste nel nostro sistema sanitario, già evidenti prima della pandemia, e i giudizi dei cittadini mostrano un quadro molto complesso di problemi da risolvere, come il superamento dei divari territoriali; la riduzione del fenomeno della rinuncia alle cure per motivi economici o del forzato ricorso alle cure private a causa degli impraticabili tempi di attesa del servizio pubblico; il problema di quelle che vengono definite come le 'migrazioni sanitarie', che di fatto contribuiscono al finanziamento dei servizi sanitari del Nord da parte delle regioni del Sud; il rapporto tra modello ospedaliero e modello distrettuale; il rapporto tra strutture pubbliche e strutture private.

Emergenza e norme

I recenti provvedimenti normativi, Il decreto Cura Italia e il decreto Rilancio, oltre a costituire una reazione all'emergenza, secondo lo studio Inapp, rivelano una prospettiva più ampia diretta a colmare (almeno in parte) alcune carenze che il Ssn ha accumulato nel tempo, come ad esempio quella relativa al personale o ai presidi sanitari territoriali.

Il **decreto Rilancio**. Nel complesso il decreto Rilancio porta il fabbisogno sanitario standard, per il 2020, sino a 119.556 milioni, con un'incidenza sul Pil del 7,2% (il 3,6% in più rispetto al 2019) a favore di una molteplicità di misure che possono essere raggruppate in tre macro-tipologie di intervento: emergenziale, strutturale e sperimentale. In particolare, in quest'ultima tipologia si possono rintracciare gli interventi o gli strumenti innovativi proposti in risposta alla fase di emergenza la cui utilità non si esaurisce con la post-pandemia e al contrario possono costituire un punto di partenza per favorire il cambiamento in un'ottica di più ampio respiro (si pensi alle procedure semplificate di approvvigionamento)."Tra gli interventi strutturali risultano di particolare rilevanza il potenziamento dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza territoriale - annotano i ricercatori dell'Inapp - cui sono associati importanti investimenti in risorse umane (con lo stanziamento di 480 milioni di euro per il reclutamento di personale infermieristico e 734 milioni per il rafforzamento dell'Adi). Segnali, questi, di una risposta organica all'annosa scarsità di risorse e di un possibile futuro riequilibrio tra l'offerta ospedaliera e i servizi territoriali nei diversi sistemi locali della sanità italiana".

Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone il pdf "Il sistema sanitario di fronte all'emergenza 2020"

I Mmg lombardi scrivono al nuovo direttore della sanità regionale

In una lettera aperta, che pubblichiamo di seguito, sottoscritta da oltre 80 medici di famiglia, si analizzano tutti i vulnus della politica regionale riguardo alla medicina territoriale e le ricadute disastrose che si sono palesate nell'emergenza pandemica. Motivo per cui si avanzano proposte come stimolo al dibattito pubblico sulla revisione della Legge 23 nel segno della ricostruzione della rete territoriale

Egregio Direttore Generale,
prima di tutto ci complimentiamo con Lei per il prestigioso incarico che le è stato affidato, le auguriamo un buon lavoro e confidiamo in una proficua collaborazione.
Il decennio che sta per terminare era iniziato con l'aspro giudizio, contenuto nella premessa dei CReG, verso le cure primarie, carenti "delle competenze cliniche, gestionali ed amministra-tive in grado di garantire una reale presa in carico complessiva dei pazienti cronici al di fuori dell'ospedale".
Il decennio, dopo le esperienze non proprio lusinghiere del CReG e della Presa in Carico (PiC) della cronicità, si chiude con una dichiarazione del presidente Fontana di segno antitetico, che accogliamo con soddisfazione confidando che alle parole seguano proposte concrete: "Probabilmente negli ultimi anni abbiamo trascurato i medici di famiglia. A settembre lanceremo un importante piano d'azione a loro dedicato. Sono il primo presidio sanitario delle nostre comunità e lo renderemo più forte". L'esito della PiC ha dimostrato che solo la Medicina Generale (MG) è in grado di intercettare e rispondere ai bisogni dei cronici sul territorio: non a caso il 95% dei pazienti arruolati sono il frutto dell'impegno dei Mmg, mentre gli oltre 200 Gestori ospedalieri accreditati si sono fatti carico di un modesto 5%.

Disagio e abbandono

La pandemia è stata un severo stress test per la sanità territoriale, facendo emergere un disagio e un senso di abbandono diffuso, provato e messo in evidenza dai colleghi della zona rossa di Codogno, che hanno pagato un tributo altissimo al Covid-19, come altri Mmg lombardi. Al di là della polemica strumentale per carenze organizzative che hanno accomunato la nostra regione ad altre realtà, assai meno impegnate sul fronte della pandemia, crediamo che le radici dell'abbandono del territorio siano da ricondurre alla legge regionale n.23 del 2015; all'indomani della sua approvazione la riforma aveva destato grandi attese di rinnovamento, sulla scia del libro bianco che l'aveva ispirata, rimaste però deluse.
Alla prova dei fatti la sanità territoriale è stata trascurata dalle scelte di questi anni, a differenza di quanto fatto in altre regioni confinanti, rette dalla stessa maggioranza politica. L'esito della sottovalutazione delle risorse del territorio è testimoniato dal risultato, a dir poco deludente, della PiC (presa in carico del paziente cronico). La scadenza del quinquennio di sperimentazione della legge 23 è l'occasione per rimediare al disinteresse verso le cure primarie che ha contraddistinto le politiche regionali nell'ultimo lustro. Se la diagnosi *(https://tinyurl.com/yb7bu6kb)* appare condivisa da ampi settori professionali, dall'opinione pubblica *(https://tinyurl.com/yczvl8t9)* ed ora anche a livello politico, è arrivato il momento della proposta terapeutica.

La dicotomia tra Asst e Ats

In questa difficile fase non è proponibile una riforma radicale della legge 23, che comporterebbe un periodo transitorio di squilibrio sistemico, simile a quello che abbiamo vissuto all'indomani della sua approvazione: non lo consentono le sfide post-pandemia che attendono il Ssr. Tuttavia alcune modifiche parziali potrebbero sortire effetti positivi a breve termine. Il punto critico, a nostro avviso, è la dicotomia tra Asst e Ats nella gestione del territorio, che deve essere superata. Attualmente prevale una deleteria impostazione a silos, distanti e non comunicanti, dovuta alla separazione tra gestione amministrativa delle

cure primarie, affidata all'Ats, e gestione clinico-organizzativa e socio-sanitaria, afferente al settore rete territoriale di un'Azienda impegnata prevalentemente sul fronte nosocomiale e poco in sintonia con la cultura del territorio.

Eppure facendo riferimento ai propositi non realizzati della legge 23, alle disposizioni ignorate della riforma Balduzzi, al Piano Sociosanitario in discussione e alle DGR già in essere, come la 2019 del luglio 2019, si potrebbero ottenere risultati in tempi ragionevoli e in modo incrementale. Esponenti dell'opposizione hanno proposto l'istituzione di un'unica Ats regionale e di affidare la gestione del territorio alle Asst. A noi pare un errore perché ripropone quella centralità dell'ospedale nel rapporto con le cure primarie che è alla base del disinteresse di questi anni verso il territorio, testimoniata dall'assenza di rapporti stabili delle Asst con i medici.

Le proposte

A nostro avviso alcuni cambiamenti progressivi potrebbero essere attuati in tempi e modi ragionevoli. Ecco alcune proposte schematiche come stimolo al dibattito pubblico sulla revisione della Legge 23 nel segno della ricostruzione della rete territoriale:

1. passaggio della gestione del territorio al dipartimento delle cure primarie dell'Ats, con delega per la costituzione della rete dei Presidi Sociosanitari Territoriali, diversificati in funzione delle caratteristiche locali, previo investimento nella medicina di comunità (medicina preventiva, igiene pubblica, coordinatori distrettuali, infermieri e case manager, integrazione sociosanitaria etc..);
2. attuazione delle Aggregazioni e delle Unità Complesse dei medici delle cure primarie, previste dalla riforma Balduzzi e di fatto rimaste sulla carta, per ricostruire la comunità di pratica dei professionisti del territorio;
3. incentivazione della telemedicina, dei teleconsulti specialistici per smaltire le prestazioni arretrate, della dematerializzazione delle procedure e dei collaboratori di studio (segretarie e infermieri) per liberare risorse a vantaggio della gestione clinica;
4. superamento dei Gestori ospedalieri della PiC con affidamento della cronicità alle aggregazioni e alle Cooperative della MG, coordinate dai PreSST nel ruolo di Gestori territoriali;
5. le Aziende Ospedaliere conserverebbero la gestione dei Presidi Ospedalieri Territoriali e delle degenze di comunità, come strutture in rete con gli ospedali per gestire la fase post-acuzie/riabilitazione, secondo il modello *hub & spoke*, che può valere sia per le ammissioni che per le dimissioni protette.

La condizione per attuare un programma simile è l'abbandono dell'impostazione del quasi mercato e dell'orientamento prestazionale per quanto riguarda la gestione territoriale; la *managed competition* grazie ai Drg ospedalieri e alla parità pubblico-privato ha garantito efficienza ed efficacia ma sul territorio ha dimostrato evidenti limiti emersi con l'impasse della PiC.

Con adeguati investimenti per spostare il baricentro dall'ospedale al territorio, si potrebbe recuperare l'arretrato di prestazioni accumulato nei tre mesi di emergenza pandemica per evitare la paralisi del sistema.

Hanno sottoscritto la lettera (ordine alfabetico)

Dr.ssa Margherita Assirati, Mmg, Ats Milano
Dr.ssa Marialuisa Badessi, Mmg, Ats Brescia
Dr. Salvatore Baldini Mmg, Ats Brescia
Dr.ssa Floriana Bandera, Mmg, Ats Montagna
Dr.ssa, Nialba Baroni, Mmg, Ats Brescia
Dr. Giuseppe Belleri, Mmg, Ats di Brescia
Dr.ssa Cristiana Belloli, Mmg, Ats Milano
Dr. Fausto Benini, Mmg, Ats Brescia
Dr.ssa Doriana Bertazzo, Mmg, Ats Mantova
Dr. Germano Bettoncelli, Mmg, Ats Brescia
Dr. Francesco Bondioli, Mmg, Ats Brescia
Dr.ssa Iside Maria Bono, Mmg in pensione, Brescia
Dr.ssa Marina Bosisio, Mmg, Ats Brianza
Dr. Andrea Bozzola, Mmg, Ats Milano
Dr. Paolo Brunelli, Mmg, Ats Brescia
Dr.ssa Annamaria Bottanelli, Mmg, Ats Brescia
Dr. Antonio Bravi, Mmg, Ats Brescia
Dr.ssa Patrizia Calia, Mmg, Ats Bresc
Dott.ssa Vanessa Capitanio, Mmg, Ats Milano
Dr. GianPiero Casali, Mmg in pensione, Brescia
Dr. Antonio Casella, Mmg, Ats Insubria
Dr. Roberto Cocconcelli, Mmg, Ats Brescia
Dr.ssa Donatella Cozzi, Mmg, Ats Milano
Dr.ssa Simonetta Croci, Mmg, Ats Milano
Dr. Riccardo De Gobbi, Mmg, Asl6 Veneto
Dr.ssa Francesca Di Marco, Mmg, Ats Milano
Dr. Virgilio Donato, Mmg, Ats Brescia
Dr. Alessio Festa, Mmg, Ats Brescia
Dr.ssa Barbara Filisetti, Mmg, Ats Brescia
Dr.ssa Bianca Fossati, Mmg, Ats Brianza
Dr. Laura Gheza, Mmg, Ats Montagna
Dr. Graziano Girelli, Mmg, Ats Brescia
Dr. Francesco Grecò, Mmg, Ats Brescia
DR.ssa Melissa Guzzetta Mmg, Ats Milano
Dr.ssa Loana Liccioli, Mmg in pensione, Brescia
Dr. Dario Lisciandrano Mmg, Ats Milano
Dr. Enzo Loda, Mmg, Ats Brescia
Dr.ssa Elena Loda, Mmg, Ats Brescia
Dr.ssa Adriana Loglio, Mmg in pensione, Brescia
Dr.ssa Paola Longhi, Mmg, Ats Brescia
Dr. Paolo Longoni, Mmg, Ats Milano
Dr. Antonio Losio, Mmg, Ats Brescia
Dr. Andrea Mangiagalli, Mmg, Ats Milano
Ds.ssa Camilla Marzaroli, Mmg, Ats Brescia
Dr. Salvatore Magnacca, Mmg, Ats Brescia
Dr. Marco Mazzoni Mmg, Ats Milano
Dr. Gianfranco Michelini, Mmg in pensione, Brescia
Dr.ssa Maria Michelotti, Mmg, Ats Milano
Dr. Marco Molaschi, Mmg, Ats Milano
Dr. Enrico Morello, ASST Spedali Civili, Brescia
Dr.ssa Marta Moretti, Mmg in formazione
Dr. Giovanni Moretti, Mmg in pensione, Ats Milano
Dr.ssa Marcella Muratori Mezzera, Mmg, Ats Milano
Dr.ssa Pamela Pacini, Mmg, Ats Milano
Dr.ssa Anna Pascarella, Mmg, Ats Brescia
Dr.ssa Luisa Pelò, Mmg, Ats Brescia
Dr. Mario Perotti, Mmg, Ats Brescia
Dr. Giovanni Piazza, Mmg in pensione, Brescia
Dr.ssa Sara Portone, Mmg, Ats Brescia
Dr.ssa Paola Presutto, Mmg, Ats Milano
Dr. Tullio Radoani, Mmg, Ats di Brescia
Dr. Giuseppe Resti, Mmg, Ats Brescia
Dr. Roberto Richiedei, Mmg, Ats Brescia
Dr.ssa Patrizia Rodriguez, Mmg, Ats Milano
Dr. Maurizio Romano, Mmg, Ats Brescia
Dr. Giorgio Rossini, Mmg, Ats Brescia
Dr.ssa Mara Rozzi, Mmg, Ats Brescia
Dr. Mauro Sacchini, Mmg, Ats Brescia
Dr. Ali Safa, Mmg, Ats Brescia
Dr.ssa Maria D. Salvaderi, Mmg, Ats Brescia
Dr.ssa Francesca Samoni, Mmg, Ats Brescia
Dr. Flavio Simbeni, Mmg, Ats Brescia
Dr. Flavio Sinchetto, Mmg, Ats Milano
Dr. G.Paolo Smillovich, Mmg, Ats Brescia
Dr. Mauro Somaschi, Mmg, Ats Brianza
Dr. Massimo Sorghi, Mmg, Ats Mlano
Dr.ssa Ines Sparapani,,Mmg, Ats Brescia
Dr. Loris Stucchi, Mmg, Ats Brianza
Dr.ssa Caterina Taglietti, Mmg, Ats Brescia
Dr. Luca M. Vezzoni, Mmg, Ats Milano
Dr.ssa Elena Giuseppina Villa, Mmg, Ats Milano
Dr. Alessandro Zadra, Mmg, Ats d Brescia
Dr.ssa Daniela Zavanella, Mmg, Ats Brescia
Dr. Augusto Zecca, Mmg, Ats Brescia
Dr. Pierpaolo Zini, Mmg, Ats Brescia

Il nostro ruolo non si può rivalutare senza un riconoscimento accademico

La Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie (SIICP) reitera l'appello al Ministro della Salute, alla Ministra dell'Istruzione e al Ministro dell'Università e della Ricerca, lanciato più volte, sulla necessità del riconoscimento della Medicina Generale come Disciplina accademica

Giuseppe Maso - *Presidente SIICP*

La pandemia che stiamo vivendo ha messo in evidenza ancora una volta quanto le Cure Primarie e in particolare la Medicina Generale (MG) siano importanti per l'efficacia e la sostenibilità di qualsiasi sistema sanitario. Ma nel corso degli anni questa disciplina è stata espropriata di abilità e compiti che le appartengono, declassata e condannata alla marginalità, al punto che da un lato le viene impedito addirittura di prescrivere farmaci per la cura di patologie ad alta prevalenza (diabete, fibrillazione atriale, ecc.), dall'altro le si nega la possibilità di accedere a strumenti professionali, come la diagnostica di primo livello (ECG, ABPM, Holter, spirometria ecc.), necessari a far fronte alla crescente domanda di salute, in particolare per la presa in carico del paziente cronico.

Eppure, tra mille difficoltà, ogni giorno circa l'80% della quotidiana domanda di salute nel nostro sistema sanitario trova risposta nell'operato della MG, che affronta innumerevoli problemi, vede enormi schiere di pazienti, prescrive migliaia di accertamenti e si fa carico della diagnosi e della cura di numerosissime patologie.

Ma è anche evidente la necessità di attribuire al Mmg nuovi compiti e nuove competenze per dare il via al processo di riorganizzazione e riqualificazione della sanità territoriale. Di qui la necessità che il ruolo del Mmg nell'ambito del servizio sanitario venga rivalutato al più presto e questo non può avvenire se non attraverso una formazione accademica.

▸ L'insegnamento pre-laurea

Il programma di insegnamento pre-laurea è fondamentale per la definizione dei principi fondanti e delle funzioni della MG. Esso descrive il dominio della disciplina e ne definisce il ruolo all'interno dell'assetto organizzativo del sistema sanitario.

La Specializzazione in MG è fondamentale perché con essa vengono definiti i compiti e le abilità. Definisce il *Core Curriculum* della disciplina e le *performance* che le competono.

Fondamentali quindi, anche i Italia, i Dipartimenti Universitari di Medicina Generale, con docenti scelti su base curriculare ed una rete di Mmg con relativi ambulatori accreditati all'insegnamento tutoriale.

La Medicina Generale deve avere anche in Italia il suo posto all'Università perché:

"La Medicina Generale/Medicina di Famiglia è riconosciuta a livello internazionale come una disciplina accademica e scientifica, con propri contenuti educativi e di ricerca, proprie prove di efficacia e proprie attività cliniche, che la configurano come una specialità clinica orientata e cure primarie ed inserita in esse (*WONCA* Europe, Definizione Europea della Medicina Generale, 2011)".

- Per il riconoscimento della sua originalità e nobiltà di disciplina medica.
- Per la sua indipendenza culturale.
- Per il metodo nella ricerca e nell'insegnamento.
- Per il rapporto paritario con le altre discipline.
- Per la verifica dei titoli e della qualità dei docenti.
- Per i rapporti internazionali istituzionalizzati.
- Per lo scambio di metodologie di formazione e ricerca.
- Per gli stimoli innumerevoli da altre branche e offrire il proprio patrimonio di conoscenze.

La MG italiana sta soffrendo per un periodo di profonda crisi, crisi di identità e di riconoscimento, crisi formativa e di sviluppo professionale, crisi di performance e di campo di azione. Tutti coloro che hanno a cuore la sopravvivenza di questa disciplina si devono impegnare perché essa rinasca e raggiunga standard europei. Solo una Medicina Generale forte e performante potrà garantire l'esistenza di un Ssn equo ed efficace.

Siamo cambiati, ma a che prezzo e per quale futuro?

In un passaggio del "Paradiso perduto" del poeta inglese, John Milton, si legge: "siamo tutti immersi in un mare di sangue e possiamo solamente salutarci". Alla luce del distanziamento sociale, questa frase appare veramente profetica. La sofferenza di operare in condizioni estreme, immersi nella solitudine e i troppi colleghi caduti sul campo, hanno provocato uno shock emozionale che non sappiamo se saremo in grado di assorbire

Alessandro Chiari
Segretario Regionale Fismu Emilia Romagna

Prima della Covid war, in condizioni standard, esisteva uno stato costante di un certo livello di *burnout* che il sanitario riusciva, seppure con disagio, a dominare e a diluire nel tempo, permettendogli di esprimere, comunque sufficientemente bene, la necessaria serenità per espletare la professione. Tutto ciò non è altro, che la conferma del fatto che anche il medico sia, comunque, sempre e solamente, un uomo: il cittadino generalmente si rivolgeva al medico pensandolo come un essere che non"deve" permettersi di dormire, ammalarsi, morire, mangiare, ma anche ad andare in ferie, divertirsi, in poche parole, vivere.

L'inedito paradigma

Di colpo da un giorno all'altro ci siamo trovati, come medici di medicina generale, proiettati in uno scenario da incubo, senza informazioni, senza dispositivi, senza difesa, senza ordini, situazione che ci ha costretto ad arrangiarci ed auto-amministrarci. Forse è proprio questo che ha salvato il territorio visto che nel frattempo l'ospedale era diventato un presidio insicuro e uno sventurato e non voluto serbatoio di riproduzione per il virus killer. Gli ospedali sono stati, purtroppo e loro malgrado, il peccato originale, la camera dell'untore. Inoltre, abbiamo pagato lo scotto dell'inesperienza globale, sia sociale e sanitaria, dei decisori/legislatori/governanti, che si sono dimostrati assolutamente incompetenti su tutta questa invasione virale. Regioni allo sbando e ministero in tilt. Caro Ministro Speranza "non devi mai immischiarti in cose che non capisci" avrebbe detto Salman Rushdie riesumando "Versetti satanici". Abbiamo subito la confusione creata dai media con la *toto virologi parade*. I virologi sono diventati, loro malgrado, delle star, che hanno distribuito, in mancanza di informazioni certe, un'accozzaglia di *opinioni* pericolose, discordanti tra loro, un format in antitesi della scienza che deve essere univoca e certa, spiazzando non solo i cittadini, ma soprattutto noi medici. Si lavorava disperatamente male soprattutto pensando a quanto successo circa le iniziali errate prese in carico dei malati Covid.

Mmg senza nocchiero

Non avevano una scelta, ma abbiamo dovuto scegliere. Abbiamo creato un qualcosa dal nulla assumendoci la responsabilità di gestire l'ambulatorio come un possibile luogo di contagio contingentando il flusso dei pazienti, e gestendo gli spazi e gli orari ambulatoriali per garantire il distanziamento sanitario. Noi Mmg abbiamo anche pensato che quanto stava succedendo avrebbe per sempre cambiato il rapporto medico paziente facendo imparare al paziente un uso corretto della risorsa sanitaria. Durante la fase uno, ci siamo illusi che il cittadino potesse apprendere qualcosa da quanto stava avvenendo, ma purtroppo, in fase due, con le nostre ferite ancora aperte, con Colleghi che continuavano a cadere, ci siamo visti assaltare, se non quasi assediare, dai pazienti che hanno pensato solo a recuperare tutte quelle prestazioni di cui sono stati privati dall'emergenza, non rendendosi conto che l'emergenza non è ancora finita e che per tornare alla normalità, sempre che non venga

una seconda ondata, occorrerà del tempo, tanto tempo, moltissimo tempo. La sanità è quasi collassata, ha tenuto solamente per la professionalità di medici, dei loro collaboratori, di tutti i professionisti che mandano avanti il Ssn. Ognuno di noi ha speso qualcosa di suo e questa spesa ci sta presentando il conto.

Noi siamo cambiati, ma i nostri assistiti...

Il cittadino non ha mai compreso il discorso a compenso zero della sanità, dovuto al fatto che se si accede ad una risorsa impropriamente, si nega la stressa risorsa ad un cittadino che magari ne ha un bisogno vitale. Abbiamo vissuto una lacerante contrapposizione tra esigenze sociali e assistenziali. Dobbiamo chiederci, purtroppo, se tutta questa storia degli eroi e dalla solidarietà tra la gente non sia dovuta alla solita retorica che ci vuole buonisti e generosi nel condividere la responsabilità. Al "liberi tutti" abbiamo visto il paziente ancora più accanito, alla caccia della risorsa, senza rispetto né per il medico né per gli altri cittadini. Ciò a cui accediamo impropriamente toglie risorse ad altri. Però vi possiamo assicurare che la nostra modalità di approccio al paziente è cambiata. Da una parte ci siamo Noi con il nostro disturbo da stress post traumatico alle prese con cittadini che hanno subito uno stress da privazione. Questa conflittualità ci ha dimostrato che ancora dopo quarant'anni dall'istituzione del Ssn non ci sia una cultura della prestazione sanitaria. Se pensiamo che la domanda di sanità, a causa di molteplici e conosciuti fattori, Covid o non Covid, è in costante aumento, ci possiamo rendere conto della complessità dell'intero quadro. Quindi se aumentassimo il numero della richiesta degli interventi che il medico deve eseguire, si arriverebbe ad un paradosso assistenziale con la possibile perdita di qualità, in funzione della quantità delle diverse prestazioni offerte. E più il livello dei medici è elevato, più temiamo che l'aumento di lavoro possa danneggiarne la *performance*. Per aumentare la qualità del rendimento lavorativo bisogna invece razionalizzare il lavoro *(ottimizzazione dell'assistenza)*. Infatti, se incrementiamo la tecnologia presente sul territorio per dotare il medico di maggiori funzioni di filtro, mediante una migliorata capacità strumentale diagnostica, dovremmo trovare il tempo per permettere che queste prestazioni siano fruibili ed eseguibili. In ogni caso la *liquid medicine e gli algoritmi* appaiono difficili da applicare per i Mmg: vediamo meglio una assistenza a distanza negli interventi delle ambulanze connesse alla base, come estensioni pienamente operative dei pronto soccorso che possano usufruire dalle tecniche di analisi automatica delle immagini e dei dati biomedici.

Il rapporto fiduciario

Parimenti se vogliamo migliorare il rapporto medico-paziente, non dobbiamo solamente parlare di rispetto del paziente, ma anche dell'altro soggetto implicato in questa relazione: il medico. La tempesta virale ci ha riportato piuttosto alla rivalutazione dei livelli essenziali ed ubiquitari dell'assistenza sanitaria. Inoltre, l'evoluzione della medicina territoriale stava, comunque e anche senza virus, distruggendo quel peculiare rapporto, basato sulla fiducia e l'accettazione della stessa, esistente tra il Mmg ed il suo paziente: forse dovremmo tornare a esercitare prioritariamente il nostro ruolo clinico; in molti credono che sia necessario riacquistare la patrimonialità clinica, per governare realmente il territorio, e che il resto sia *fiction politicamente efficace* per chi cerchi visibilità, intesa come un'irreale rappresentazione, vuota, ma teatrale, in contrapposizione a quella consistente capacità richiesta al medico: indagare, visitare, diagnosticare, impostare la terapia ed il monitoraggio clinico e guarire. I carichi di lavoro generati dagli incentivi, aborto della contrattazione sindacale, sono ormai arrivati a livelli tossici per il medico stesso tanto da trasformarci più in una figura amministrativa piuttosto che clinica.

Quello che è successo, pensando anche al flop assistenziale delle Case della Salute, ha dimostrato che il territorio, anche in un contesto drammaticamente confuso ed emergenziale, come questo, ha avuto una capacità di reagire incredibile che definiremmo quasi rivoluzionaria e che il medico, proprio in un periodo dove si è dovuto necessariamente autogestire, ha dato il meglio di sé. Asclepio (Esculapio) inventò una tecnica di guarigione che gli permetteva di risanare ogni tipo di ferita ed ogni tipo di malattia facendo addirittura risorgere i morti. Per questi poteri di curare i mali, riportare in vita i morti e garantire una vita straordinariamente lunga, Zeus decise di fulminarlo perché temeva che il particolare potere che Asclepio condivideva con gli uomini avrebbe potuto minacciare la fede negli dei, annullando la sostanziale differenza fra divinità e uomini, ovvero l'immortalità. Ai posteri l'ardua sentenza!

I medici di continuità assistenziale abbandonati alla loro sorte

Abituati a lavorare nell'ombra e in presidi fatiscenti e privi di sicurezza, hanno dovuto fronteggiare l'emergenza Coronavirus, contando solo su se stessi e la propria professionalità

Octavio Jiménez Vega, Alberto Vaona
Medici di Continuità Assistenziale, Verona

Con l'arrivo dell'epidemia causata dal SARS-CoV 2 i servizi di Continuità Assistenziale sono stati abbandonati alla loro sorte. Siamo usciti dall'ombra solo per un attimo attraverso la costituzione delle Usca che però in alcune zone non sono mai partite.

La ex- "Guardia Medica", attualmente denominata Continuità Assistenziale, per tanti medici neolaureati è una via lavorativa transitoria fino all'entrata in specialità come primo lavoro remunerato, per altri già in possesso della Formazione Specifica in Medicina Generale è un modo di entrare a far parte del territorio prima dell'ottenimento della convenzione, mentre per pochi è diventata una scelta definitiva il rimanere come "guardiani" del territorio.

Storicamente, purtroppo, la CA è abituata a "lavorare nell'ombra", in sedi con condizioni scadenti, isolate e prive di protocolli di sicurezza, scarsa o nulla connessione con i singoli medici del territorio, assoluta mancanza di dati relativi alle anamnesi cliniche e farmacologiche dei pazienti assistiti.

Tale situazione è sensibilmente peggiorata con l'arrivo dell'epidemia causata dal SARS-CoV 2. Con il restringimento degli accessi agli studi dei Mmg nei mesi di marzo e aprile (e finché non sono state costituite le Usca, che in alcune zone non sono mai partite) è diventata la norma il ricevere chiamate angosciate di pazienti con sintomi compatibili con la malattia Covid-19, il visitare numerosi pazienti in ambulatorio con sintomatologia suggestiva senza avere protocolli chiari e precisi ed il dover eseguire gli accessi a domicilio con dispositivi Dpi insufficienti e con la propria auto in alcune realtà territoriali. A ciò si è aggiunto un aumento del carico assistenziale nella presa in carico dei pazienti fragili in Adp le cui visite da parte dei medici curanti è drasticamente diminuita per la mancanza di Dpi, la totale assenza da parte delle Ulss di dotazioni di mezzi di telemedicina da mettere a disposizione dei medici per ridurre gli accessi nelle sedi e l'incapacità di sapere nel proprio territorio "quanti e dove" si trovavano i pazienti sospetti e positivi.

Un servizio essenziale di cui poco importa

Tutto ciò riflette la poca importanza e considerazione di un servizio essenziale nel territorio, che viene del tutto ignorata nella presa di decisioni/protocolli assistenziali e che durante questa epidemia ha prestato la propria opera pur lavorando nel deserto normativo e strutturale. Un servizio che se si applicassero opportuni miglioramenti strutturali (informatizzazione, accesso ai database dei pazienti del proprio territorio, comunicazione dei casi positivi del bacino di riferimento, piattaforme di telemedicina…) potrebbe diventare una risorsa utilissima per ridurre il carico assistenziale dei Pronti Soccorsi e fornire alla medicina generale una vera e propria continuità assistenziale.

Perché ciò avvenga è necessario che la sanità del territorio venga interamente ripensata sul piano organizzativo e logistico e che ciò sia preceduto da una visione e da una volontà politica chiara e da conseguenti investimenti strutturali e da un rinnovo della dirigenza sanitaria che si è dimostrata inadeguata.

Se l'aumento esponenziale delle cronicità in questi anni non è stata sufficiente a comprendere ciò, la pandemica ha mostrato inequivocabilmente che un sistema ospedalocentrico, per quanto altamente specializzato e tecnologico, non è all'altezza dei tempi perché la partita vera si gioca su territorio.

La cooperazione nell'ambito della Medicina Generale

Coerentemente col processo di cambiamento in atto e di passaggio da medico singolo a medici in gruppo, a medici in gruppo multiprofessionali, con obiettivi complessi da raggiungere, la Medicina Generale ha intrapreso vie nuove nella gestione dei fattori produttivi; ha fondato e sta gestendo una forma societaria propria

Giuseppe Turrini
Responsababile Cooperativa Salute e Territorio - Verona

Da qualche anno svolgo il ruolo di direttore della cooperativa di servizio Salute e Territorio, società di medici di famiglia veronesi nata nel 2015 da una trentina di soci fondatori e che vanta oggi oltre 200 medici soci. Questo incarico, in accordo con il CdA, lo interpreto cercando di posizionare la cooperativa non solamente in un'ottica di "semplice" erogazione di servizi ma di attore protagonista nel territorio veronese per lo sviluppo di una medicina di famiglia moderna, progettuale e innovativa.
Questa impostazione professionale si è consolidata nella mia precedente esperienza di socio fondatore non che presidente, per un decennio, di una importante cooperativa sociale veronese. Esperienza durata 24 anni. L'esperienza alla cooperazione sociale mi ha permesso di sperimentare la forza e la ricchezza di progetti e appartenenze di rete sia a carattere regionale sia nazionale ad esempio il progetto salute di Legacoop nazionale.

Complessità e interdipendenza

Le mutazioni economico-demografiche-sociali-tecnologiche degli ultimi decenni hanno reso evidente come il nostro mondo sia sempre più stretto e interdipendente.
Un mondo sempre più complesso, connesso e mutevole è anche molto più difficile e insicuro. Le sfide che propone non sono solo quelle del cambiamento, dell'innovazione e dell'efficienza ma anche quelle di una comunità umana che possa vivere in modo sostenibile, sano, rispettoso e socialmente equo.
In questo contesto ad ogni persona e ad ogni organizzazione è richiesto uno sforzo di analisi ed un contributo progettuale e operativo nella costruzione di un futuro possibilmente migliore.
La Medicina Generale non solo non è esente da questo compito ma anzi quasi più di altri settori ne ha la responsabilità.

Caratteristiche di una riprogettazione

Complicato o complesso? l'approccio complicato è più di tipo analitico: il fenomeno-problema si suddivide in parti, che vengono spiegate, studiate, analizzate e ricomposte. Mentre l'approccio complesso, è di tipo relazionale e integrato con lo scopo di fornire una visione del fenomeno-problema nella sua unitarietà ed interezza (approccio bio-psico-sociale).

La riprogettazione di una medicina del territorio moderna deve tener conto delle seguenti necessità:
1. sviluppare la capacità di restituire una lettura complessa della realtà con cui si opera, resistendo al riduzionismo e alla semplificazione;
2. saper interpretare i bisogni di salute delle persone volendo comprenderne interamente la loro esperienza fatta di relazioni, di condizioni economiche e sociali, di competenze e risorse, di sentimenti;
3.cogliere come sia l'interazione stessa tra i singoli elementi (medico di famiglia, care giver, familiari, vicini, comunità, specialisti, badante, infermieri...) che determina il risultato finale di un processo di cura.
A. Promuovere processi di consapevolezza sul ruolo centrale che i pazienti possono/debbano avere nella gestione efficace del proprio stato di salute (*empowerment*) in quanto la salute individuale è sempre più un bene comune. Infatti dopo alcuni decenni in cui tutto è stato pensato e organizzato a partire dall'individuo competitor, credo si debba oggi orientare il cambiamento verso una comunità umana maggiormente capace di affrontare e risolvere problemi complessi utiliz-

zando logiche collettive di collaborazione e cooperazione.
B. Promuovere modelli organizzativi di rete in cui il territorio diventa centrale, diventa necessaria una nuova organizzazione di accesso alle cure (domiciliarità in particolare) e un sistema informativo/teconologico sicuro e condiviso.
Credo che il successo dell'assistenza di base dovrebbe passare dalle esigenze dal singolo a tutti i cittadini che abitano un certo contesto. L'assistenza non si dovrebbe più considerare solo come fatto individuale (il paziente diabetico, quello iperteso, ecc.) ma come una dimensione da progettare dentro una rete di relazioni (medicina di iniziativa in senso ampio). Un modello assistenziale che superi gli interventi solo sull'emergenza/contingenza, e passi ad una presa in carico della vita delle persone, compresa la loro morte, nella comunità e con la comunità.

La cooperativa di servizio

La Medicina Generale ha intrapreso vie nuove nella gestione dei fattori produttivi; ha fondato e sta gestendo una forma societaria propria. Innanzitutto va sottolineato che vi è stato un lungo e approfondito percorso per scegliere la forma societaria adeguata. Diverse erano le opzioni: l'associazione tra professionisti, la cooperativa sociale, la cooperativa di servizio. L'analisi dettagliata, sia dal punto di vista fiscale che dell'oggetto sociale, ci ha fatto scegliere la cooperativa di servizio. Infatti tale società fornisce servizi ai propri soci che sono i Mmg diversamente dalla cooperativa sociale che fornisce servizi a soggetti svantaggiati. Siamo una impresa (cioè un'attività economica professionalmente organizzata), una cooperativa (cioè strutturata con una forma societaria caratterizzata dalla mutualità tra soci imprenditori), una cooperativa di soci medici (cioè un'attività economica di servizi di pubblica utilità legati al bene comune).
Le caratteristiche elencate introducono nel mondo della Medicina di Famiglia nuove frontiere culturali. La prima caratteristica è determinante perché dà l'opportunità al medico di apprendere un ruolo sicuramente diverso dalla sua specializzazione professionale, ma di altrettanta importanza: fare l'imprenditore. Fare l'imprenditore introduce aspetti quali: budget, bilanci, gestione delle risorse umane, applicazione delle normative, gestione contabile e fiscale, rischio d'impresa, investimenti, *governance.*
Questi pochi termini danno conto della crescita culturale e della competenza necessaria a raggiungere l'obiettivo di una buona gestione aziendale. Questa sfida metta il medico socio nella condizione di dotare la propria società di professionisti con i quali costruire un rapporto di fiducia e soprattutto di condivisione progettuale.
Il secondo aspetto è altrettanto determinante per il cambiamento richiesto dal futuro: la dimensione cooperativa. Il medico imprenditore non è più da solo, ma persegue uno scopo comune. Anche in questo caso è richiesto un notevole cambiamento culturale e professionale, passare dal proprio interesse ad un interesse collettivo, dal proprio punto di vista ad un punto di vista condiviso.

Vantaggi e criticità della coop di servizio

I vantaggi dell'aver intrapreso la strada della cooperazione sono maggiormente evidenti quando si affrontano progettualità complesse. Due casi a titolo di esempio:

- ristrutturazione complessa di un centro medico
- organizzazione dei *MicroTeamCovid-19.* Nel primo caso la società cooperativa, avendo una solidità finanziaria consolidata, è in grado di confrontarsi con il sistema bancario, accedendo al credito con conseguente capacità di sopportare un consistente investimento e chiedendo al socio una quota diluita negli anni.

Nel secondo caso la reputazione che la cooperativa si è costruita ha permesso, con grande spirito di collaborazione, di essere punto di riferimento nella realizzazione di *micro-team* per l'assistenza domiciliare a persone Covid-19 con quadro sintomatologico importante. Questi team, formati da un medico e un'infermiere, sono stati dotati di mezzo, Dpi e strumentazione adeguata al compito compreso ecografi portatili. Va sottolineato come importante ruolo la cooperativa lo ha avuto nel tessere cooperazione tra i diversi attori ed in particolare formazione e coordinamento con l'azienda ospedaliera.
Rispetto alle criticità va detto che il mondo della Medicina Generale, in questi anni, è caratterizzato un passaggio generazionale veloce e massivo.
Questo aspetto implica una diversità di atteggiamenti tra il distacco e l'investimento che condizionano i processi trasformativi.
Una difficoltà è la mancanza di un linguaggio comune nell'utilizzo di termini quali azienda, impresa, cooperativa, soci, dipendenti, imprenditori, azione commerciale, spesso prevalgono percezioni e interpretazioni che producono confusione, si passa spesso da malintesi a contrapposizioni.
Un ulteriore aspetto da approfondire è la necessità di un sforzo verso una progettualità comune "di sistema" non sottomessa o dipendente dalla programmazione regionale, che vada oltre le necessità rivendicative, ma che ponga il medico di famiglia come appartenente e responsabile di un *team* di cure primarie ampio, integrato e radicato nel territorio.

La telemedicina piace ai medici di famiglia

Il 95% dei Mmg vede nelle risorse della telemedicina la risposta per gestire, negli scenari post-Covid, la salute e le cronicità.
È quanto si evince dai dati di una recente indagine del Centro Studi Fimmg e dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano

L'emergenza Covid ha impattato fortemente sulle attività e operatività dei medici di famiglia. Se è vero che il flusso nelle sale di attesa degli studi, almeno in corso di *lockdown*, si è marcatamente ridotto, si sono determinate modalità di comunicazioni alternative con i pazienti su tutti i canali disponibili. La giornata del medico è scandita da centinaia di telefonate, sms, sollecitazioni su WhatsApp, email, dove vengono raccontate storie cliniche e richiesti consigli e prestazioni. Il 97% dei medici riferisce che l'attività su cui si è verificato l'impatto maggiore è stata appunto il consulto telefonico; l'84% indica che un impatto molto elevato c'è stato nell'uso di "multicanali" per la comunicazione con i propri assistiti. È quanto emerge da un'indagine condotta dall'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della *School of Management* del Politecnico di Milano in collaborazione con il Centro Studi della Fimmg.
Pur confermandosi consolidato, anche prima dell'emergenza, l'utilizzo di nuove modalità di contatto con i pazienti (email, sms, WhatsApp), il sondaggio, realizzato su un campione rappresentativo di 740 Mmg, rileva la necessità di piattaforme di collaboratione come Zoom, Teams, Skype, ecc. (utilizzate prima dell'emergenza dal 4% e con interesse ad utilizzarle in futuro per il 38%) e di piattaforme di comunicazioni dedicate (interessato ad utilizzarle in futuro il 65% del campione). Il 95% dei Mmg vede nelle risorse della telemedicina la risposta per gestire, negli scenari post-Covid, la salute e le cronicità. Le soluzioni di telemedicina, il cui utilizzo appariva già in aumento prima dell'emergenza Covid, sono giudicate di grande interesse per la professione: l'88% dei medici è interessato ad utilizzare il teleconsulto con gli specialisti, il 60% la tele-cooperazione (Mmg-Specialista-paziente), il 74% le risorse destinate alla tele-salute, il 72% quelle per la tele-assistenza.

▸ Il lavoro da remoto

Il 51% dei Mmg del campione ha dichiarato, inoltre, di aver svolto lavoro da remoto durante l'emergenza, accedendo al sistema informatico di gestione dei dati clinico-assistenziali dei pazienti lontano dal proprio studio. Relativamente a questa modalità di lavoro, i medici ritengono che l'esperienza sia stata molto positiva rispetto alla condivisione delle informazioni (il 63% dei medici fornisce una valutazione buona o ottima) e alla capacità di rispondere a richieste urgenti (63%), mentre hanno riscontrato qualche criticità nella conciliazione tra vita privata e lavorativa (il 38% ha fornito una valutazione pessima o scarsa di questo aspetto).
Gli strumenti digitali di cui i Mmg hanno sentito particolare bisogno durante questa fase di emergenza sono stati lo smartphone per comunicare con i pazienti e con altri medici (il 72% dei medici ha dato una valutazione dal 7 al 10), il PC portatile (61%), ma anche i servizi per accedere alle applicazioni e ai documenti da remoto con VPN, rete virtuale privata (60%). È proprio questo uno degli ambiti su cui i medici vorrebbero investire (74%).
In futuro, anche a seguito delle esigenze emerse durante l'emergenza, vorrebbero anche intrdurre strumenti per la condivisione e archiviazione dei documenti (78%) e strumenti per *call-conference* (62%). La grande maggioranza degli stessi medici ritiene che l'esperienza di gestione delle proprie attività lavorative durante l'emergenza potrà risultare preziosa una volta tornati alla normalità: il 78% attribuisce un punteggio da 7 a 10 a questo aspetto.

Aggiornamenti

Allergologia
Anafilassi: sono i farmaci la prima causa di morte

Diagnostica
Covid-19: meno albumina, più rischio trombotico

Ipertensione arteriosa
Antipertensivi protettivi anche negli anziani fragili

Medicina interna
Potassio e prevenzione dell'ictus: cosa si sa

Prevenzione
Attività fisica e riduzione del rischio oncologico

Psichiatria
Ricadute della pandemia sulla salute mentale

ALLERGOLOGIA

Anafilassi: sono i farmaci la prima causa di morte

I dati disponibili sulla mortalità per anafilassi sono piuttosto scarsi, anche a livello mondiale. AAIITO (Associazione Allergologi Immunologi Italiani Territoriali e Ospedalieri) ha condotto uno studio sui dati epidemiologici relativi all'anafilassi fatale in Italia, fino ad oggi mancanti. Lo studio ha analizzato i dati sulle cause di morte ISTAT (2004-2016), per valutare l'incidenza dei casi di morte per anafilassi, l'associazione con le caratteristiche demografiche e le cause identificate.
Sono stati riscontrati 392 casi certi (tasso di mortalità 0.51/milione persone/anno). Inoltre, sono stati registrati 220 casi la cui imputabilità ad anafilassi è risultata possibile.
I dati demografici indicano che il rischio aumenta con l'età ed è maggiore per il sesso maschile. Inoltre, il tasso maggiore è risultato nelle regioni del sud e nelle isole.

Cause

• **Farmaci**. La causa principale è rappresentata dai farmaci, responsabili del 74% dei casi certi, con un tasso complessivo di 0,43 casi per milione di persone ogni anno. In Europa le categorie di farmaci implicate sono diverse: nel Regno Unito prevalgono i casi da anestetici generali e in Francia da antibiotici. Il Registro delle cause di morte in Italia non fornisce indicazioni sul tipo di farmaco responsabile.
• **Punture di imenotteri**. Sono risultate responsabili del 5.6% dei casi certi e del 51.4% dei casi possibili, dato sicuramente sottostimato a causa soprattutto della mancanza di un codice ICD-10 specifico. Considerando i casi nel complesso, il tasso di mortalità è risultato 0.17 per milione di persone per anno. I dati confermano anche in Italia una significativa prevalenza del sesso maschile, come riportato in letteratura e dell'età adulta.
• **Alimenti**. Non sono stati riportati casi nel periodo analizzato. "Il dato è sorprendente" - ha dichiarata **Donatella Bignardi**, allergologa AAIITO co-autrice della ricerca "in quanto contrasta con la letteratura, che evidenzia una incidenza compresa tra il 2% e il 5%, in incremento nei Paesi occidentali. È verosimile che i casi non siano stati correttamente identificati e che siano stati registrati tra quelli da causa non specificata". Nel 27.7% dei casi totali, infatti, la causa dell'anafilassi non è stata indicata nel Registro. "I motivi possono essere molteplici e comprendendo difficoltà nel riconoscimento della diagnosi, nell'assegnazione del codice corrispondente e, in alcuni casi, mancata accuratezza della compilazione".

Commento

"La nostra ricerca - spiega **Maria Beatrice Bilò**, allergologa AAIITO e curatrice dello studio - ha messo in evidenza come i dati raccolti dall'ISTAT siano ampiamente sottostimati se solo rapportati a quanto si può osservare semplicemente monitorando nel tempo i casi di shock anafilattico riportati dai media italiani. Speriamo che questo studio possa essere utile per migliorare i meccanismi di registrazione oltre che stimolare una più adeguata conoscenza del fenomeno, per mettere in atto misure di tipo organizzativo che possano risultare efficaci per la prevenzione.
Lo studio ha mostrato, inoltre, che il decesso in oltre il 40% dei casi è avvenuto al di fuori di strutture sanitarie, ciò evidenzia la necessità di sensibilizzare l'opinione pubblica e le istituzioni sanitarie per migliorare le conoscenze della patologia per favorire il riconoscimento e il pronto trattamento e rendere disponibile l'uso di auto-iniettori di adrenalina nella comunità".

BIBLIOGRAFIA

- Bilò MB et al. Fatal anaphylaxis in Italy: Analysis of cause-of-death national data, 2004-2016, *Allergy Eur Allergy Clinical Immunology* 2020.
- http://dati.istat.it

■ DIAGNOSTICA

Covid-19: meno albumina, più rischio trombotico

Una ricerca della Sapienza e del Policlinico Umberto I di Roma condotta su pazienti Covid-19, ai quali sono stati valutati i valori di albumina nel sangue, fornisce una nuova interpretazione del rischio trombotico, aprendo la strada all'identificazione precoce dei soggetti ad alto rischio e a nuove prospettive terapeutiche. Lo studio è stato pubblicato su *Circulation Research*.

"L'albumina è un predittore indipendente di trombosi, infarto, ictus, embolia polmonare. In particolare il nostro studio ha dimostrato che i pazienti Covid-19 con valori <35 g/L di albumina avevano più frequentemente episodi trombotici, un fatto clinicamente importante poiché le trombosi sia venose che arteriose sono tra le principali cause di mortalità in questi soggetti" - spiega a *M.D.* **Francesco Violi**, Dipartimento di Medicina interna Specialità Mediche della Sapienza e Direttore della I Clinica Medica del Policlinico Umberto I di Roma.

Funzioni dell'albumina

L'albumina è la più importante molecola dall'azione antinfiammatoria e antiossidante nell'organismo umano. L'importanza di queste funzioni è confermata dal fatto che quando vi è una riduzione dei livelli di albumina plasmatica, le cellule producono elevate quantità di radicali di ossigeno, portando ad una attivazione incontrollata delle cellule fino alla loro morte. Usualmente viene valutata in pazienti epatopatici poiché, essendo sintetizzata dal fegato, la sua concentrazione plasmatica diminuisce nelle gravi insufficienze epatiche.

Ricerca

"La plausibilità del nostro studio è ben documentata, non foss'altro perché negli ultimi cinque anni sono stati pubblicati diverse ricerche che dimostrano che il rischio di trombosi aumenta in presenza di valori <35 g/L di albumina" - chiarisce il Prof. Violi.

Partendo dall'assunto che, in qualsiasi condizione clinica, quando l'albumina è inferiore a <35g/L il rischio di trombosi arteriosa e venosa aumenta, i ricercatori hanno verificato questi dati nei pazienti Covid-19.

Lo studio, condotto su 73 pazienti ricoverati presso i reparti di Malattie infettive e di Terapia intensiva del Policlinico Umberto I, ha dimostrato che in questi soggetti, soprattutto quelli gravi o che andavano incontro a complicanze trombotiche, avevano valori di albumina <35g/L.

Ricadute in pratica clinica

In pratica clinica è dunque importante valutare tempestivamente i valori di albumina perché permette di identificare i soggetti a rischio di trombosi: la ricerca conferma che pazienti con valori <35 g/L di albumina avevano un D-Dimero più alto, segno di attivazione della coagulazione.

"La valutazione dell'albumina è importante anche dal punto di vista nutrizionale: se i pazienti presentano ipoalbuminuria prima del Covid-19, l'attività infiammatoria del virus sarà più grave.

È quindi molto importante valutare sempre lo stato nutrizionale dei soggetti anziani e fragili, anche per prevenire gli eventi trombotici.

Dal punto di vista terapeutico una ipotesi è che l'infusione di albumina potrebbe essere in grado di migliorare la prognosi. Abbiamo avviato uno studio pilota e se i risultati fossero positivi sarebbe un ulteriore tassello alla lotta contro il Coronavirus".

BIBLIOGRAFIA

- Violi F, Ceccarelli G, Cangemi R et al. Hypoalbuminemia, coagulopathy and Vascular Disease in Covid-19 . *Circulation Research* Jun 2020 https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.120.317173

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

■ IPERTENSIONE ARTERIOSA

Antipertensivi protettivi anche negli anziani fragili

L'assunzione di antipertensivi aiuta i pazienti anziani (età >65 anni) e fragili a vivere più a lungo, mentre gli anziani più sani hanno un più grande impulso di sopravvivenza. Sono i risultati di ampio studio condotto nel Nord Italia e pubblicato in *Hypertension*.

"Sapevamo che i farmaci antipertensivi erano protettivi in generale negli anziani, tuttavia, ci siamo concentrati sul fatto che avessero questo ruolo anche nei pazienti fragili con molte altre condizioni mediche che di solito sono esclusi dagli studi randomizzati" - ha dichiarato **Giuseppe Mancia**, leader dello studio, professore emerito presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca di Milano.

▸ Ricerca

Scopo del lavoro era di valutare la relazione tra aderenza con farmaci antipertensivi e il rischio di morte nei soggetti fragili rispetto ai non anziani.

Usando il database della Regione Lombardia (Italia), i ricercatori hanno identificato 1.283.602 residenti di età ≥65 anni (età media 76 anni) che avevano ricevuto 3 o più prescrizioni di farmaci antipertensivi tra il 2011 e il 2012.

Esaminando il database di assistenza sanitaria pubblica, è stata calcolata la percentuale di tempo nei sette anni successivi (o fino alla morte) in cui ogni persona ha continuato a ricevere i farmaci.

L'aderenza è stata misurata dalla proporzione del follow-up coperto dalle prescrizioni e l'analisi è stata eseguita separatamente in pazienti con uno stato clinico buono, medio, scarso e molto scarso,

Per esaminare i risultati tra gli anziani con varie condizioni mediche, è stato utilizzato un punteggio che rappresenta 34 diversi fattori di salute e ha una stretta relazione con la mortalità e che si è dimostrato essere sensibile predittore di morte nella popolazione italiana.

▸ Risultati

La probabilità di morte nell'arco di 7 anni è aumentata del 16% per le persone valutate in buona salute all'inizio dello studio, mentre il dato è aumentato progressivamente fino al 64% per i soggetti in cattive condizioni.

Rispetto ai pazienti con bassa aderenza al trattamento antipertensivo (<25% del tempo di follow-up coperto da prescrizioni), quelli con elevata aderenza (>75% del tempo coperto da prescrizioni) hanno mostrato un rischio inferiore di mortalità per tutte le cause in ciascun gruppo. La differenza diminuisce progressivamente (-44%, -43%, -40% e -33%) dallo stato clinico buono a molto scarso.

▸ Commento

"I nostri risultati suggeriscono che anche nelle persone molto fragili, il trattamento antipertensivo riduce il rischio di morte; anche se i benefici potrebbero essere inferiori in questo gruppo" - commenta il prof. Mancia, che aggiunge una esortazione: "Fate del vostro meglio per incoraggiare e supportare i pazienti ad assumere i farmaci prescritti, perché l'aderenza terapeutica è fondamentale per ottenere i benefici. I farmaci non fanno nulla se non vengono assunti".

▸ Nota allo studio

I farmaci da prescrizione forniti agli anziani che vivono in case di cura o in RSA in Italia non sono inclusi nel database nazionale, quindi i risultati dello studio possono applicarsi solo agli anziani che vivono in comunità. Inoltre, tutti i dati per questa analisi provengono dall'Italia, dove i ricoveri e i farmaci antipertensivi sono disponibili gratuitamente o a basso costo, pertanto i risultati potrebbero non essere generalizzabili ai Paesi con un diverso sistema sanitario.

BIBLIOGRAFIA

- Rea F, Cantarutti A, Merlino L, Ungar A, Corrao G, Mancia G. Antihypertensive treatment in elderly frail patients. *Hypertension*, 2020; DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.14683
- https://newsroom.heart.org

■ MEDICINA INTERNA

Potassio e prevenzione dell'ictus: cosa si sa

Diverse evidenze hanno mostrato, negli ultimi anni, come un'adeguata assunzione di potassio sia associata a un minore rischio di ictus. Queste osservazioni sono interessanti perché possono arricchire di preziosi strumenti di facile accesso la prevenzione di questa importante patologia.

▸ Differenti studi

Gli studi a supporto sono di diverso tipo e hanno coinvolto un elevato numero di partecipanti. Uno studio prospettico di oltre 43.000 uomini seguiti per 8 anni ha rilevato che i soggetti collocati nel quintile più alto di assunzione di K^+ (apporto mediano di 4300 mg/die) hanno fatto registrare un rischio di ictus inferiore del 38% rispetto a quelli collocati nel quintile più basso (apporto mediano di 2400 mg/die). Questa associazione inversa è risultata particolarmente forte nei pazienti ipertesi[1].
Anche l'assunzione di supplementi di K^+ è risultata correlata a una riduzione del rischio di ictus, particolarmente evidente in coloro che assumevano diuretici (RR: 0.36)[1].
Un più recente studio di Mattsson et al. condotto attingendo ai dati del Copenaghen City Heart Study, ha mostrato come l'ipokaliemia (K^+ plasmatico medio: 3.5 mmol/l) sia associata a un aumentato rischio di ictus del 40%, con significatività borderline; il sottogruppo con K^+ inferiore a 3.4 mmol/l presentava un maggiore rischio sia di ictus (HR: 2.10) che di mortalità (HR: 1.32) rispetto ai normokaliemici[2]. Nel gruppo di soggetti ipokaliemici si registravano anche maggiori valori di pressione arteriosa sistolica, più elevato CHA2DS2-VASc score e un aumentato ricorso ai diuretici[2].
Questi risultati sono stati ribaditi anche in una coorte di oltre 90.000 donne in post-menopausa seguite per 11 anni, in cui un più elevato apporto di K^+ è risultato correlato a un minore rischio di tutti gli ictus e di ictus ischemico[3].

▸ Dati da metanalisi

Ulteriori conferme provengono dalle metanalisi, la più recente delle quali, di 16 studi di coorte, ha mostrato, tra la più bassa e la più alta categoria di assunzione di potassio, una significativa riduzione del rischio di ictus del 13%[4].
Sebbene la capacità dell'aumentata assunzione di K^+ di ridurre il rischio di ictus sia in gran parte da attribuire al suo effetto sulla pressione arteriosa, studi su animali da esperimento supportano meccanismi aggiuntivi, legati soprattutto all'inibizione della formazione e della progressione delle lesioni aterosclerotiche. Aumentate concentrazioni di K^+ extracellulare sono inoltre risultate ridurre la proliferazione delle cellule muscolari lisce vascolari e la loro migrazione, la formazione di radicali liberi e l'aggregazione piastrinica[2].
Un'assunzione di K^+ di 90 mmol/die (circa 3500 mg/die) sembra essere associata al più basso rischio di ictus, supportando le linee guida OMS che indicano proprio in questo valore l'apporto minimo quotidiano adeguato di K^+ per adulti e bambini[4].

BIBLIOGRAFIA

1. Ascherio et al. Intake of Potassium, Magnesium, Calcium, and Fiber and Risk of Stroke Among US Men. *Circulation* 1998; 98: 1198-204. doi: 10.1161/01.cir.98.12.1198.
2. Mattsson N, et al. Prognostic Impact of Mild Hypokalemia in Terms of Death and Stroke in the General Population-A Prospective Population Study. *Am J Med* 2018; 131: 318.e9-318.e19. doi: 10.1016/j.amjmed.2017.09.026.
3. Palmer BF, Clegg DJ. Achieving the Benefits of a High-Potassium, Paleolithic Diet, Without the Toxicity. *Mayo Clin Proc* 2016; 91: 496-508. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.01.012.
4. Vinceti M, et al. Meta-Analysis of Potassium Intake and the Risk of Stroke. *J Am Heart Assoc* 2016; 5:e004210 doi: 10.1161/JAHA.116.004210

■ PREVENZIONE

Attività fisica e riduzione del rischio oncologico

Incremento dell'attività fisica, riduzione del consumo di carni rosse e processate, alcol e bevande zuccherate. Sono le parole d'ordine dell'American Cancer Society riportate nelle nuove *"Guideline for diet and physical activity for cancer prevention"*. Sulla base della revisione dei dati più aggiornati, il documento riflette diverse differenze rispetto alla precedente edizione, che risale ad otto anni fa.

▸ Attività fisica

Gli adulti dovrebbero impegnarsi ogni settimana per 150-300 minuti in attività fisica moderata o in 75-150 minuti in attività fisica ad intensità vigorosa; sarebbe ottimale il raggiungimento o il superamento del limite superiore di 300 minuti. In precedenza le raccomandazioni si riferivano a 150 minuti di attività di intensità moderata o 75 minuti di attività di intensità vigorosa ogni settimana.
Bambini e adolescenti dovrebbero svolgere ogni giorno almeno 1 ora di attività di intensità moderata o vigorosa.
Viene suggerito di limitare tutti i comportamenti sedentari.
Il ruolo dell'attività fisica nella prevenzione del cancro è supportato da una mole di prove biologiche. È stato dimostrato che influisce su varie funzioni sistemiche che presumibilmente abbasserebbero il rischio di specifici tipi di cancro, compresi i suoi effetti sul metabolismo dell'insulina/glucosio, sulla funzione immunitaria, sull'infiammazione, sugli ormoni sessuali, sullo stress ossidativo, sull'instabilità genomica e sulle miochine. Ad esempio, l'attività fisica è stata associata a livelli più bassi di ormoni sessuali nelle donne in postmenopausa, che possono aiutare a spiegare l'associazione tra attività fisica e un minor rischio di carcinoma mammario in postmenopausa. L'attività fisica aiuta anche a prevenire l'aumento di peso ed è stata associata a un minor rischio di obesità; di conseguenza, alcuni dei benefici per la prevenzione del cancro possono essere mediati attraverso l'influenza benefica dell'attività fisica sul peso corporeo.

▸ Dieta

Le LG suggeriscono di seguire un modello alimentare sano in tutte le età della vita, che includa:
* alimenti ricchi di nutrienti in quantità che aiutino a raggiungere e mantenere un peso corporeo nelle norma;
* una varietà di verdure: verde scuro, rosso e arancione, legumi ricchi di fibre (fagioli e piselli);
* frutta, in particolare frutta intera con varietà di colori;
* cereali integrali.
Un modello alimentare sano limita o non include: carni rosse e lavorate; bevande zuccherate; alimenti altamente trasformati e prodotti a base di cereali raffinati.

▸ Alcol

Novità: Le persone che scelgono di bere alcolici dovrebbero limitare il consumo a non più di 1 drink al giorno per le donne e 2 drink al giorno per gli uomini. Ma il suggerimento è quello di eliminare gli alcolici.

▸ Fattori di rischio

Secondo l'ACS, almeno il 18% di tutti i casi di cancro in USA è correlato a una combinazione di fattori di rischio riferibili alla dieta e alla mancanza di attività fisica, che però sono modificabili. Inoltre è noto che che ci sono almeno 18 diversi tumori legati all'obesità, con una sinergia tra cancro, malattie CV, diabete e altri problemi legati all'obesità.
"Educare i pazienti e responsabilizzarli può fare una grande differenza nel ridurre il rischio di cancro", suggeriscono gli esperti dell'ACS. Non esiste un solo alimento o gruppo alimentare adeguato per ottenere una riduzione significativa del rischio di cancro.Le prove scientifiche attuali e in evoluzione supportano il passaggio a un concetto olistico di modelli dietetici, con un buon equilibrio energetico e la riduzione di carboidrati e di zuccheri raffinati, unitamente all'attività fisica.

BIBLIOGRAFIA

- American Cancer Society Guideline for Diet and Physical Activity for Cancer Prevention. *CA Cancer J Clin* 2020; DOI 10.3322/caac.21591

■ PSICHIATRIA

Ricadute della pandemia sulla salute mentale

L'isolamento sociale dovuto alla pandemia da coronavirus ha portato ad un aumento di disturbi quali ansia e depressione, tanto che l'OMS parla di un'emergenza Covid-19 che riguarda anche la salute mentale.

"L'emergenza sanitaria prolunga la sua ombra sul benessere psicologico delle persone, con effetti a breve e a lungo termine i cui esiti si potranno vedere anche nei prossimi anni", spiega **Claudio Mencacci**, Direttore Dipartimento Neuroscienze e Salute Mentale, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano, intervenuto nel corso della tavola rotanda "virtuale": "Uscire dall'ombra della depressione", organizzata da Fondazione Onda - Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere.

"Nell'arco di qualche mese si è verificato un aumento dei sintomi depressivi nella popolazione a causa della concomitanza di più fattori di rischio quali distanziamento sociale, solitudine, paura del contagio ed evitamento.

La pandemia ha infatti avuto riflessi diversificati: sulle persone che hanno contratto il Covis-19, sulla popolazione generale, sugli operatori sanitari, sui pazienti che già presentavano patologie psichiatriche e patologie internistiche, spesso in comorbidità tra loro.

A secondo delle gravità si sono osservate diverse reazioni e tra chi ha avuto gravi problemi clinici, come i pazienti ricoverati all'interno dei reparti di medicina intensiva/rianimazioni dove l'esperienza è stata particolarmente traumatica, si sono poi riscontrati disturbi del sonno nella totalità dei casi, così come i disturbi depressivi.

Prevediamo anche una crescita della depressione dovuta da un lato alle conseguenze di una serie di lutti complicati e dall'altro dall'imminente crisi economica. Basso reddito e aumento della disoccupazione determineranno, secondo diversi studi, un rischio 2-3 volte superiore di ammalarsi. In particolare, la disoccupazione generata dalla crisi economica potrebbe determinare un aumento dai 150-200.000 casi di depressione, pari al 7% delle persone depresse. Con queste prospettive il numero di depressi si appresta a raggiungere quello di malati di diabete in Italia, con un maggior impatto della depressione sia a livello economico sia sulla qualità di vita".

La depressione è riconosciuta dall'OMS come prima causa di disabilità a livello mondiale e riguarda circa 3 milioni di italiani, di cui circa 1 milione soffre della forma più grave, la depressione maggiore.

In particolare da una stima dei dati Istat, oltre 150.000 persone soffrono di depressione maggiore in Lombardia. Tra questi 21.000 non rispondono ai trattamenti, secondo la rielaborazione su base regionale dei dati dello studio epidemiologico italiano Dory, volto a identificare i pazienti affetti da depressione resistente attraverso un'analisi di database amministrativi".

▸ Medicina di famiglia

Ecco che allora la comunità medica e le istituzioni devono essere in prima linea per prevedere il più possibile i danni alla salute mentale sui cittadini e il messaggio da diffondere è che la depressione è una patologia curabile.

La medicina di famiglia non può che essere in prima linea, perché è il territorio il luogo dove si fa prevenzione, avere contatti facilitati con la popolazione a rischio e porre la diagnosi precoce.

Ovidio Brignoli, vicepresidente Simg, aggiunge: "Dai nostri dati della medicina generale la depressione è presente nell'8% della popolazione. Andrebbero migliorate le reti e implementati e perfezionati maggiormante i rapporti tra servizi specialistici psichiatrici e la medicina del territorio".

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

Non si muore solo di Covid-19

La Covid-19 sembra stia frenando la sua corsa e si comincia a respirare un ritorno alla normalità, senza però dimenticare gli insegnamenti che la pandemia ci sta lasciando: le patologie croniche - in particolare cardio-nefro-metaboliche e respiratorie - vanno trattate al meglio delle possibilità sin da loro esordio sulla scena clinica. Ciò unitamente all'ottimizzazione precoce del controllo dei fattori di rischio cardiovascolare

Giovambattista Desideri
Cattedra di Geriatria - Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente
Università degli Studi dell'Aquila

La pandemia da Severe Acute Respiratory Syndrome - Coronavirus - 2 (SARS-CoV-2) ha completamente ridisegnato gli scenari assistenziali definendo due principali aree di intervento.
Da una parte l'assistenza in urgenza/emergenza ai pazienti con COrona VIrus Disease - COVID-19 più gravi all'interno delle strutture ospedaliere, dall'altra uno spostamento pressoché completo a livello territoriale delle prestazioni assistenziali per le forme meno severe di Covid-19 e con esse di tutte le patologie croniche che, ovviamente, non sono sparite con l'arrivo dell'epidemia. I ricoveri non-Covid, invero, si sono sostanzialmente azzerati nel giro di un paio di settimane dal momento in cui la pandemia ha varcato i confini del nostro Paese.

La storia di Luigi...

La paura, non di rado sfociata nel terrore, di contrarre l'infezione da coronavirus ha tenuto tanti pazienti lontani dagli ospedali anche per le problematiche più serie. Luigi, 76 anni compiuti il 20 febbraio scorso, si è ricoverato nei primi giorni di maggio per un quadro clinico di scompenso cardiaco severo. Al momento della raccolta anamnestica ha raccontato, con un respiro affannoso, che il giorno del suo compleanno aveva fatto una lunga pedalata in bicicletta con il nipotino. Una decina di giorni prima del ricovero ha avvertito al risveglio un violento dolore retrosternale. Luigi si è preoccupato, ma non ne ha fatto menzione con i figli perché era terrorizzato dall'idea di poter contrarre l'infezione da coronavirus in ospedale. Il dolore si è gradualmente attenuato nel corso delle ore ma nei giorni successivi è comparsa una dispnea progressivamente ingravescente al punto che i familiari hanno deciso di ricoverarlo. Oggi Luigi ha severa ipocinesia antero-settale apicale, una frazione di eiezione del 30% e deambula a piccoli passi con appoggio. Il tampone nasale per la ricerca in Real Time PCR del genoma del SARS-CoV-2 è risultato negativo.... La storia di Luigi probabilmente avrebbe potuto essere diversa.

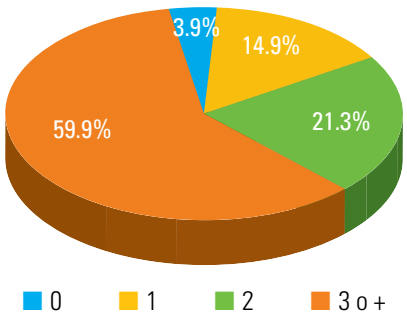
Popolazione anziana

Il terrore per la Covid-19, ovviamente, non è immotivato, soprattutto se analizzato da una prospettiva geriatrica. I dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità dimostrano la particolare predilezione della Covid-19 per gli anziani, visto che il 40% dei casi sono stati registrati in individui ultrasettantenni. Ma sono soprattutto i dati di mortalità - superiore al 25% negli ultrassettantenni - che esprimono in tutta la loro drammaticità la severità dell'infezione da coronavirus nella popolazione anziana *(figura 1)*.

FIGURA 1

Più comuni patologie croniche preesistenti (diagnosticate prima di contrarre l'infezione da SARS-CoV-2) nei pazienti deceduti in Italia

Analisi condotta su un campione di 29.692 pazienti deceduti e positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia



https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia#1

Il decorso particolarmente severo della Covid-19 nella popolazione geriatrica è stato da più parti semplicisticamente interpretato come la naturale conseguenza della vecchiaia, quasi un destino ineludibile legato alla progressione degli anni.
Ma il problema non è la senescenza in sé, visto che non sono stati pochi i casi di centenari che hanno superato brillantemente l'infezione da coronavirus. E c'è anche chi un secolo fa era sopravvissuto alla influenza spagnola ed in questi giorni è tornato a casa dopo un mese di ricovero per Covid-19. Sono storie da non dimenticare perché aiutano a comprendere il significato dell'assistenza alle persone anziane. Sono storie che fanno comprendere che l'età non è un semplice dato numerico ma un concetto che si riempie di significato solo se analizzato con la coscienza storica della vita trascorsa, perché si può essere giovani a 80 anni e anziani a 50.

Esperienze acquisite durante la pandemia Covid-19

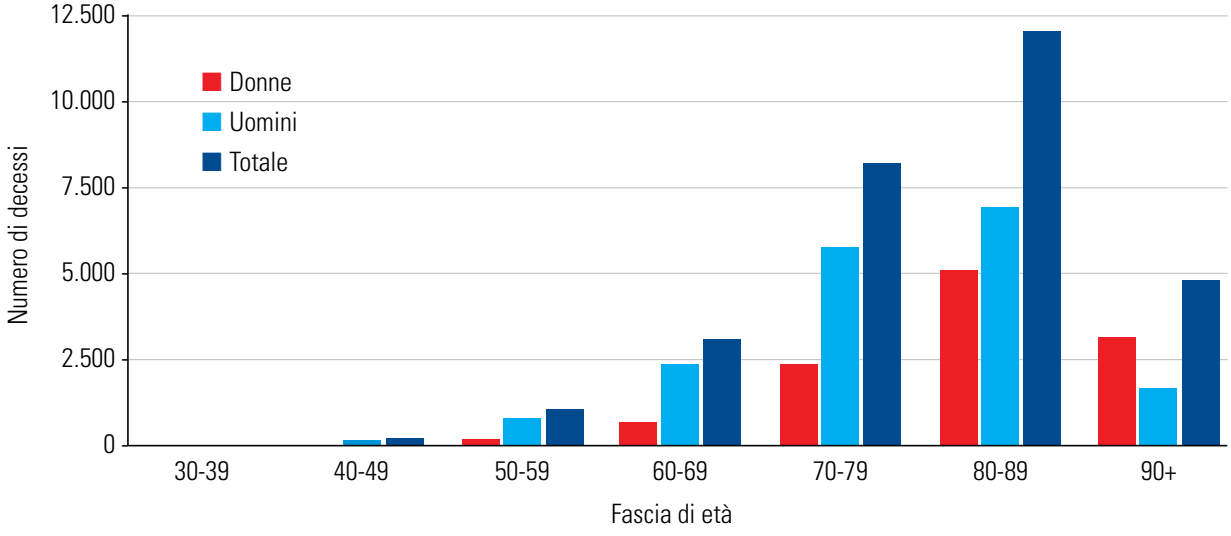
L'analisi dei dati epidemiologici dimostra chiaramente come la severità del decorso clinico dell'infezione da coronavirus sia stata soprattutto condizionata dalle diverse comorbosità cardiovascolari, renali, metaboliche e respiratorie presenti, spesso variamente embricate negli anziani a realizzare un sinergismo fisiopatologico potenzialmente letale *(figura 2)*.
La Covid-19 sembra stia frenando la sua corsa e con la "fase 2" si comincia a respirare un ritorno alla normalità che auspichiamo rapido e definitivo, senza però dimenticare gli insegnamenti che, nostro malgrado, la pandemia Covid-19 ci sta lasciando:

- l'età è un dato anagrafico che va riempito di contenuti con una attenta ricostruzione della storia clinica delle persone per cercare di comprendere al meglio le esigenze assistenziali di ogni specifico paziente. L'invecchiamento biologico è solo vagamente connesso con l'età della persona. Alcuni ottantenni hanno capacità fisiche e mentali simili a molti ventenni mentre altre persone sperimentano un declino nelle capacità fisiche e mentali in giovane età;
- le patologie croniche - in particolare le problematiche cardio-nefro-metaboliche e respiratorie - vanno trattate al meglio delle nostre possibilità sin da loro esordio sulla scena clinica perché se trascurate, nel tempo portano ad un esaurimento della riserva funzionale dei pazienti rendendoli "fragili", ossia particolarmente vulnerabili alle malattie. Perché anche una "banale polmonite" non Covid-19 o una sindrome influenzale

FIGURA 2

Numero di decessi per fascia di età in Italia per COVID-19

Analisi condotta su un campione di 29.692 pazienti deceduti e positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia



https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia#1

può essere fatale per un soggetto "fragile" (che non deve essere necessariamente anziano…);

- l'ottimizzazione precoce del controllo di tutti i fattori di rischio cardiovascolare, da quelli più consolidati (ipertensione, diabete, fumo di tabacco, obesità…) a quelli emergenti (trigliceridi e colesterolo non-HDL, iperuricemia) è fondamentale per garantire una senescenza il più possibile libera da disabilità. L'obiettivo per il "mondo che verrà" deve essere l'invecchiamento in salute che non è un pensiero utopico né, tantomeno, una visione fantasiosa della senescenza se si considerano le attuali disponibilità terapeutiche;
- le misure di distanziamento e di isolamento sociale sono fondamentali per proteggere gli anziani dal contagio, ma vanno applicate con la giusta ponderazione per non evitare che esitino in conseguenze assai serie quali la progressione del declino cognitivo da privazione di stimoli ambientali o la comparsa o il peggioramento di quadri depressivi. Non pochi anziani non hanno un adeguato sostegno familiare e non sono infrequenti, in situazioni di criticità, i casi di sospensione del trattamento farmacologico per difficoltà nell'approvvigionamento dei farmaci;
- il percorso riabilitativo è fondamentale per chi ha superato la fase acuta dalla Covid-19. Gli anziani convalescenti dimessi dalle degenze ospedaliere hanno estinto il quadro infettivo ma nella generalità dei casi dovranno entrate in un percorso di recupero funzionale lento e graduale per cercare di garantire un adeguato recupero del loro "status quo ante";
- l'informazione scientifica data in pasto alla stampa laica prima di avere robuste conferme può creare allarmismi pericolosi, soprattutto in situazioni di emergenza. Ne è un esempio la notizia che il trattamento con farmaci che interferiscono con il sistema renina-angiotensina (inbitori dell'enzina di conversione dell'angiotensina II - ACE-inibitori, e inibitori recettoriali di tipo 1 dell'angiotensina II - ARB) possono favorire un decorso più aggressivo della Covid-19 attraverso una upregolazione dell'espressione di ACE2 e, conseguente, una facilitazione dell'adesione del coronavirus alla superficie cellulare. Invero, il problema non è legato all'uso di ACE-inibitori e ARB ma alle patologie cardiovascolari sottostanti che rappresentano una indicazione al loro uso ma che, come già detto, espongono chi ne soffre ad un decorso della Covid 19 più grave.

Per questo motivo, sia le società scientifiche più direttamente coinvolte nell'uso di questi farmaci che l'agenzia regolatoria europea hanno ribadito con fermezza l'indicazione precisa a non interrompere il trattamento con ACE-inibitori ed ARB, farmaci di cui una solida letteratura scientifica ha dimostrato indiscutibili effetti protettivi a livello cardiovascolare, cerebrale e renale.

Facciamo tesoro delle esperienze acquisite durante la pandemia Covid-19 perché le immagini sbiadite, in bianco e nero, dei dispositivi di protezione individuale artigianali adottati nel corso dell'epidemia influenzale spagnola *(figura 3)* ci ricordano, con le parole dei grandi della letteratura, che "ogni storia è storia contemporanea" (*Benedetto Croce*) e che "coloro che non ricordano il passato sono condannati a ripeterlo" (*Primo Levi*).

FIGURA 3

I dispositivi di protezione individuali ai tempi dell'influenza spagnola (1920)

https://www.corriere.it/foto-gallery/cronache

Azioni di prevenzione cardiovascolare ai tempi del Covid-19

L'emergenza sanitaria Covid-19 ha avuto un devastante impatto di salute pubblica, anche a spese della prevenzione cardiovascolare. È pertanto cruciale assicurare, anche in questo periodo senza precedenti, che le azioni di prevenzione CV siano una priorità anche per tutte le figure professionali deputate alla promozione della salute, in primis i medici di medicina generale

Francesca Santilli

Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento - Responsabile UO Emostasi e Trombosi, Center for Advanced Studies and Technology (CAST) - Università degli Studi "Gabriele d'Annunzio" - Chieti

La pandemia da nuovo coronavirus Covid-19 ha modificato profondamente, soprattutto nel periodo di maggiore emergenza, la pratica clinica della medicina, sia nella modalità della visita medica, fondata classicamente sul contatto fisico con il paziente, sia nelle decisioni cliniche, abitualmente basate su reperti obiettivi clinici e strumentali, spesso non disponibili a causa dell'emergenza, sia infine nell'utilizzo di terapie contro l'infezione e le sue conseguenze, basate non sulle evidenze scientifiche ma su dati spesso aneddotici o in corso di validazione sperimentale.

L'emergenza sanitaria Covid-19 ha avuto anche un devastante impatto di salute pubblica, a spese anche della prevenzione cardiovascolare. Nel contesto delle priorità immediate dettate dall'emergenza in atto, gli interventi sulla salute che forniscono benefici a lungo termine potrebbero apparire contro-intuitivi ed essere marginalizzati.

Al contrario, gli sforzi condivisi orientati alla prevenzione cardiovascolare non devono essere trascurati. Sebbene Covid-19 sia l'emergenza sanitaria prioritaria nella maggior parte dei Paesi, le malattie cardiovascolari rimangono la prima causa di morte nel mondo, con 17.8 milioni di morti nel 2017, e obesità e diabete hanno assunto proporzioni pandemiche. È pertanto cruciale assicurare, anche in questo periodo senza precedenti, che le azioni di prevenzione cardiovascolare siano una priorità per la sanità, la società e la politica.

Covid-19 e malattia cardiovascolare

Una serie di dati giustifica il richiamo all'attenzione sulle malattie cardiovascolari:

- I pazienti con malattia vascolare manifesta o con fattori di rischio cardiovascolare quali il sesso maschile, l'età avanzata, il diabete mellito, l'ipertensione arteriosa, l'obesità, sono più vulnerabili, mostrando una prognosi peggiore in termini di mortalità e morbidità nel contesto dell'infezione.[1,2]
- Il Covid-19 si associa a un aumentato rischio di complicanze cardiovascolari, quali sindromi coronariche acute, ictus ischemico, scompenso cardiaco, aritmie, eventi tromboembolici, miocardite, morte improvvisa, legate in parte all'infezione ed alle sue sequele, in parte ai trattamenti impiegati.[3,4]

Oltre alle complicanze a breve termine dell'infezione da SARS-CoV-2, questa potrebbe essere associata ad un più elevato rischio cardiovascolare a lungo termine, anche se non sono disponibili dati sufficienti a riguardo. È noto come in pazienti con polmonite Covid-19, lo stato infiammatorio e l'ipercoagulabilità possano persistere per un lungo periodo, imponendo una sorveglianza attenta dei pazienti con pregressa infezione.[5]

In tutta la popolazione, il lungo periodo di lockdown ha comportato:

- minore aderenza agli stili di vita sani, quali dieta bilanciata ed esercizio fisico regolare;
- minor accesso ai servizi ambulatoriali per le visite di controllo per la prevenzione primaria e secondaria cardiovascolare, e relativi esami ematochimici e strumentali;
- minore o ritardato ricorso alle visite urgenti, con apparente riduzione degli accessi non-Covid-19 e delle procedure per STEMI in tutto il mondo[6] che comporterà un *burden* di complicanze cardiovascolari nei mesi prossimi;
- minore aderenza alle terapie consolidate di prevenzione cardiovascolare

(o loro interruzione), in parte a causa di ipotetici effetti sulla penetrazione del virus o sulla sua patogenicità sollevati per alcuni farmaci, quali gli ace-inibitori o i sartani. Nell'ambito di alcune ipotesi di ricerca formulate, molte delle quali ottenute su modelli sperimentali animali o in vitro, è emersa la possibilità che ace-inibitori e/o sartani possano influenzare l'infezione cellulare da parte del virus (ostacolandola o promuovendola), attraverso l'espressione di recettori ACE2 a livello della superficie cellulare.[7,8] e che i farmaci antinfiammatori non steroidei possano modulare la risposta immuno-infiammatoria nei riguardi dell'infezione.

Interventi urgenti di prevenzione cardiovascolare

Alla luce di quanto emerso, tutte le figure professionali deputate alla promozione della salute cardiovascolare, in primis i medici di medicina generale, sono chiamati ad intensificare, in un'ottica di intervento prioritario ed urgente, una serie di azioni delle quali sono abitualmente i principali fautori.

- Promuovere il ripristino di stili di vita sani, quali dieta equilibrata, con ridotto introito calorico per prevenire l'incremento ponderale, adeguata idratazione, attività fisica aerobica regolare, sospensione del fumo di sigaretta.
- Sorvegliare attentamente e con periodicità il paziente con fattori di rischio cardiovascolare, o con malattia vascolare manifesta, anche con l'utilizzo, ove possibile, della telemedicina.[9]
- Sensibilizzare il paziente ad un più stretto monitoraggio domiciliare della pressione arteriosa, e dei valori glicemici se affetti da diabete mellito. È importante che le persone con diabete mantengano un buon controllo glicemico, in quanto potrebbe aiutare a ridurre il rischio e la gravità dell'eventuale infezione.
- Raccomandare la vaccinazione antinfluenzale, secondo le più recenti raccomandazioni.
- Monitorare l'aderenza del paziente alle terapie prescritte. Relativamente alla prevenzione cardiovascolare, è fondamentale che i pazienti con preesistente o nuova indicazione a trattamenti quali ace-inibitori, sartani, aspirina a basse dosi, statine, anticoagulanti, antidiabetici, intraprendano o proseguano con regolarità dette terapie coerentemente con le recenti raccomandazioni delle maggiori Società Scientifiche nazionali ed internazionali (Società italiana di Cardiologia, Società Italiana di Ipertensione, Società Europee di Cardiologia ed Ipertensione).[10,11]

Conclusione

In conclusione, dopo esserci concentrati primariamente sull'obiettivo di appiattimento della curva dei contagi e della mortalità per Covid-19, ci aspetta una sfida non meno importante, volta all'abbattimento di ulteriori curve di morbidità a medio e lungo termine, previste per le prossime settimane, mesi o anni, secondarie al ritardo nell'accesso alle cure per i pazienti con malattia cardiovascolare, o alla scarsa aderenza alle strategie di prevenzione primaria e secondaria per i pazienti con patologie croniche, quali ipertensione, diabete, fibrillazione atriale, arteriopatia periferica, scompenso cardiaco.
L'applicazione di misure di quanto mai attenta prevenzione cardiovascolare avrà implicazioni positive non solo per la salute cardiovascolare, ma anche nel ridurre il burden di complicanze e la letalità relativi alla pandemia in corso o ad eventuali future emergenze virali.

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

BIBLIOGRAFIA

1. Zhao D, Liu J, Wang M et al. Epidemiology of cardiovascular disease in China: current features and implications. *Nat Rev Cardiol* 2019; 16(4):203-212.
2. Wang D, Hu B, Hu C et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA* 2020. https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585
3. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. *JAMA* 2020. https://doi.org/10.1001/jama.2020.4683
4. Bikdeli B, Madhavan MV, Jimenez D et al. COVID-19 and thrombotic or thromboembolic disease: implications for prevention, antithrombotic therapy, and follow-up. *2020 Apr* 15. pii: S0735-1097(20)35008-7.
5. Xiong TY, Redwood S, Prendergast B et al. Coronaviruses and the cardiovascular system: acute and long-term implications. *Eur Heart J* 2020 Mar 18. pii: ehaa231. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa231.
6. Tam CF, Cheung KS, Lam S. Impact of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on ST-segment-elevation myocardial infarction care in Hong Kong, China. *Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes.* 2020 Mar 17 doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.120.006631.
7. Zheng YY, Ma YT, Zhang JY et al. COVID-19 and the cardiovascular system. *Nat Rev Cardiol* 2020. https://doi.org/10.1038/s41569-020-0360-5
8. Vaduganathan M, Vardeny O, Michel T, et al. Renin-angiotensin-aldosterone system inhibitors in patients with Covid-19. *NEJM* 2020. https://doi.org/10.1056/NEJMsr2005760
9. Duffy EY, Cainzos-Achirica M et al. Primary and secondary prevention of cardiovascular disease in the era of the Coronavirus Pandemic.Circulation. 2020 Apr 20. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047194.
10. de Simone G, ESC Council on Hypertension, On behalf of the Nucleus Members. Position Statement of the ESC Council on Hypertension on ACE-Inhibitors and Angiotensin Receptor Blockers. www.escardio.org/Councils/Council-on-Hypertension-(CHT)/News/position-statement-of-the-esc-council-on-hypertension-on-ace-inhibitors-and-ang
11. 2020 ESC Guidance for the Diagnosis and Management of CV Disease in the Context of the COVID-19 Pandemic. https://www.escardio.org/Education/COVID-19-and Cardiology/ESC-COVID-19-Guidance

Una depressione... che peggiora con gli antidepressivi

Interpretare un comportamento apatico isolato in modo inesatto può comportare un errore terapeutico. Si distingue dalla depressione in quanto, fra l'altro, il paziente apatico non prova disagio per la sua condizione e per l'assenza dei sintomi cardine tipici della depressione

Ferdinando Schiavo - *Neurologo, Udine*
www.ferdinandoschiavo.it

Da un imprenditore superattivo come lui non se lo sarebbero aspettato né i familiari né gli amici. Donato F. a 78 anni era diventato "depresso" nello spazio di un anno. Non andava più a dare una mano all'azienda affidata da qualche anno alle sapienti e scrupolose mani del figlio, rinviava le occasioni di spazi sociali che aveva coltivato con costanza e impegno, rubando volentieri tempo al suo amato lavoro.
Il suo medico e poi un geriatra gli avevano consigliato degli antidepressivi, ne aveva provati in successione almeno quattro, ma senza ottenere alcun miglioramento. Anzi, era diventato esageratamente tranquillo e sereno, con qualche problema nel programmare la giornata e nei banali, consueti lavoretti nel giardino che lo avevano sempre appassionato.

Il dialogo con Donato

➤ Anche lei mi conferma quanto mi ha appena detto sua moglie? Che da un anno ha cominciato a non essere più quello di prima?
➤ Devo riconoscere che qualcosa è cambiato, ma non molto…
➤ Che sensazioni avverte? Tristezza, senso di inutilità, paura per il futuro, angoscia al mattino all'idea della lunga giornata da affrontare, ansia per le piccole e grandi cose, o magari percepisce negli altri sguardi di commiserazione?
➤ No, niente di tutto ciò: non ho voglia e basta, ero e resto sereno. Adesso mi sento anche un po' stanco, ma in fondo vivo bene. Sono preoccupati invece i miei familiari! Esagerati! Non volevo neanche venire, è un anno che vado da medici e non sono abituato, E poi, non ho nulla io!
➤ Proverei a ridurre intanto l'antidepressivo a metà dose e vorrei che facesse un esame del sangue e una risonanza magnetica cerebrale. Poi deciderò se fare poco altro e la lascerò in pace! Tutti qui vogliamo che lei stia meglio.

Riflessioni

Insomma, era un apatico e non un depresso. Ed era apparentemente peggiorato con gli antidepressivi (tutti di tipo serotoninergico, gli SSRI, farmaci che curano la depressione attraverso un aumento della serotonina cerebrale, conosciuta tra l'altro come mediatore della felicità).
Un test cognitivo veloce, il classico Mini-Mental (MMSE), rivelava una certa lentezza e qualche difficoltà nell'ambito dei processi attentivi e di memoria. Sulla base dei "numeri" era nei cosiddetti limiti della norma, ma lo "stile" nell'affrontare alcune domande avevano impressionato me ed i familiari presenti (che mi avevano fornito una preziosa testimonianza di come si comportasse Donato fino a pochi anni prima).
In questi casi è utile far eseguire un esame di immagine come la TC o la RM cerebrale allo scopo di eliminare il sospetto di "sorprese" (tumori frontali ecc.) e degli esami del sangue con la stessa finalità: escludere anomalie del funzionamento della tiroide e delle paratiroidi, un abbassamento dei livelli del sodio, peraltro possibile con questi farmaci, un aumento degli indici infiammatori, anemia, ecc.

Il sospetto di possibile iniziale demenza di Alzheimer

Alla risposta sostanzialmente negativa degli esami umorali e della RM, ho consigliato una rivalutazione neuropsicologica di tipo estensivo che confermò l'esistenza di alterazioni dell'attenzione selettiva, perseverazioni e anomalie di programmazione, iniziale riduzione della memoria verbale: un quadro cognitivo prevalentemente "frontale" che si sposava alla perfezio-

ne all'apatia, rendendo suggestivo il sospetto di possibile iniziale demenza di Alzheimer "a impronta frontale".
L'apatia, senza dubbio, era peggiorata con gli antidepressivi.

L'apatia

Comportamenti apatici e depressivi sono spesso associati in psichiatria. Tuttavia, l'apatia, quando è isolata, può essere erroneamente interpretata come depressione e questa approssimazione può avere delle ripercussioni pratiche, ovvero il peggioramento dell'apatia in seguito al trattamento con farmaci antidepressivi.
L'apatia è il più frequente disturbo comportamentale riscontrato nelle demenze. È una condizione caratterizzata dalla diminuzione o dall'assenza di qualsiasi reazione emotiva di fronte a situazioni o eventi, associata a inerzia fisica, assenza di spirito di iniziativa, riduzione dei comportamenti finalizzati per mancanza di motivazione, trascuratezza della persona, distacco verso l'ambiente, indifferenza e ritrosia nei confronti di eventuali nuove esperienze. L'incapacità di manifestare emozioni si ripercuote nella espressività vocale, facciale e gestuale che appaiono ridotte.
L'apatia può comportare anche alterazione dell'attività sessuale e di quella nutrizionale.
Si distingue dalla depressione in quanto, fra l'altro, il paziente apatico non prova disagio per la sua condizione e per l'assenza dei sintomi cardine tipici della depressione.
Come fare a capire se si tratta di apatia isolata? La persona con apatia, alle domande tipo "perché non esce e non va più a giocare a carte al bar, o a pesca? Si sente angosciata, ansiosa, inquieta, inutile, in colpa, senza prospettive per il futuro, ecc?", risponderà con un tranquillo "no", magari accompagnato da un sereno sorriso.
Interpretare peraltro un comportamento apatico isolato in modo inesatto può comportare un errore terapeutico. È un dato ancora abbastanza oscuro a gran parte della classe medica: l'apatico "puro" quasi sempre non trae alcun beneficio da una terapia con antidepressivi, soprattutto gli usatissimi SSRI, farmaci che possono invece provocare astenia, sonnolenza, l'accentuazione dell'apatia stessa e dei deficit cognitivi spesso associati.
Un altro dato interessante: un quadro di depressione, o comunque un cambiamento dell'umore, associato o no ad apatia, quando compare in un anziano (o non anziano: le malattie neurodegenerative o molte patologie cerebrali possono presentarsi anche in soggetti di 50-60 anni o più giovani ancora!), soprattutto se privo di una apparente causa che lo giustifichi, deve fare sospettare la possibilità di una coesistenza o di uno sviluppo successivo, nello spazio di mesi o di pochi anni, di una patologia neurodegenerativa come una demenza (alzheimeriana o di altro tipo) o la malattia di Parkinson, oppure è la spia di un danno vascolare cerebrale "cronico", spesso sub-clinico, ovvero non chiaramente manifesto.

Decorso clinico

Chiesi un incontro alla moglie e al figlio, dando ampie spiegazioni sul sospetto che si trattasse verosimilmente di una forma iniziale di demenza alzheimeriana. Era dura da accettare una diagnosi di demenza da parte dei familiari; la demenza, anzi, le demenze sono realtà che vengono accolte comprensibilmente con un misto di sorpresa e di spaesamento, soprattutto quando non sono presenti i classici disturbi di memoria per i fatti recenti a cui il modello di tipo alzheimeriano ci ha abituati. Tuttavia, impiegando bene informazione, empatia e conoscenze il medico è nella condizione di enunciare i suoi sospetti e ricevere la collaborazione dei familiari.
➤ Mi sembra un po' migliorato rispetto a venti giorni fa con la precedente riduzione.
➤ Anche a noi sembra così.
➤ Proverei con dei farmaci che agiscono, se Donato risponderà positivamente (paziente responder), incrementando l'acetilcolina cerebrale. Cioè: cambiamo benzina! Non serotonina ma acetilcolina. Questa categoria di farmaci, gli inibitori delle colinesterasi (I-ChE), possono migliorare il quadro cognitivo ed anche alcuni aspetti comportamentali (l'apatia in particolare) in un paziente su tre o quattro. Lo so, non è una grande prospettiva, ma a mio parere va provata.
➤ Va bene proviamo, risposero abbastanza convinti. Ci spieghi come dobbiamo fare.
➤ Riducete l'antidepressivo ulteriormente fino alla sospensione nello spazio di dieci giorni.

Conclusioni

Il farmaco migliorò gli aspetti cognitivi ed anche quelli apatici (paziente responder agli I-ChE). Ovviamente, anche la sospensione dell'antidepressivo serotoninergico aveva fatto la sua parte.

• *Testo tratto da Ferdinando Schiavo. Malati per forza: gli anziani fragili, il medico e gli eventi avversi neurologici da farmaci. Maggioli Editore. Pag. 141*

Mmg e prescrizione dei NOAC

Se considerata singolarmente, la Determina con cui Aifa autorizza i Mmg alla prescrizione dei NOAC nella fibrillazione atriale non valvolare, avrebbe poco valore. I Mmg auspicano l'estensione anche per i farmaci per diabete e BPCO. Ma è prioritaria una formazione ad hoc

"Se considerata singolarmente la misura avrebbe poco valore. Auspichiamo l'estensione anche per i farmaci per diabete e BPCO, sottoposti a piano terapeutico. Da anni spingiamo in questa direzione, perché è della Medicina Generale la presa in carico dei pazienti cronici e fragili con comorbidità e in politerapia". È il commento rilasciato ad M.D. di **Damiano Parretti**, Responsabile nazionale SIMG-Area della Cronicità e Cardiovascolare, alla pubblicazione della Determina 97 (adozione della nota 97) con cui Aifa autorizza i Mmg alla prescrizione dei NOAC nella fibrillazione atriale non valvolare.

Aifa introduce per 120 giorni disposizioni urgenti in corso di emergenza Covid-19 che consentono il rinnovo dei piani terapeutici in corso di trattamento e le nuove prescrizioni dei NAO/DOAC (apixaban, dabigatran, edoxaban, rivaroxaban) limitatamente al trattamento della FANV, da parte dei Mmg. Con la nuova nota anche i farmaci antagonisti della vitamina K-AVK (warfarin, acenocumarolo) seguiranno le stesse regole prescrittive dei DOAC. L'apertura di Aifa nasce dalla necessità in corso dell'emergenza per Covid-19 di ridurre gli accessi dei pazienti alle struttura di secondo livello.

"È assolutamente auspicabile che questa apertura sui piani terapeutici possa avvenire anche per altre patologie croniche, quindi per alcuni antidiabetici e farmaci per la BPCO. Spesso i pazienti in carico alla Medicina Generale presentano diabete di tipo 2 e BPCO in comorbidità con altre patologie e dobbiamo avere la possibilità di curarli al meglio, anche con le innovazioni terapeutiche.

Dobbiamo da sempre gestire alcuni importanti aspetti terapeutici dei NOAC, come interazioni, eventi avversi, ecc, ma il paradosso, tutto italiano e in controtendenza rispetto ad altri Paesi, era che non li potevamo prescrivere. La presa in carico significa responsabilità e gestione delle terapie sin dalla diagnosi e se dobbiamo essere competenti nella gestione dei farmaci dobbiamo anche poterli precrivere. Ricordiamoci che la gestione della terapia con anticoagulanti orali inibitori della vit. K, è anche più complessa, ma da sempre abbiamo avuto l'accesso a queste prescrizioni e le limitazioni erano solo di tipo economico".

Verso un cambio di rotta?

Il Comitato prezzi e rimborso di Aifa intanto condurrà una negoziazione sui prezzi dei farmaci con le aziende farmaceutiche, al fine di garantire la sostenibilità del sistema e la continuazione delle modalità di prescrizione previste dalla nota 97, anche successivamente al periodo di emergenza Covid-19.

"Questo potrebbe voler dire che l'ente regolatorio è indirizzato verso un cambio di rotta. Inoltre nell'allegato 1 della Determina Aifa (Scheda di valutazione prescrizione e follow-up della terapia anticoagulante orale con AVK e NAO/DOAC nei pazienti con FANV) viene riportato che la validità della prima prescrizione è di 6 mesi, ovvero primo follow-up a distanza di 6 mesi, dunque ben oltre i 120 giorni inseriti nei 'preliminari' del documento.

Un'altra priorità da cui non si può prescindere è che ai medici delle cure primarie venga fornita la necessaria formazione continua sui NOAC per permettere una prescrizione in tranquillità e sicurezza. E Simg è già al lavoro su questo fronte" - conclude Parretti.

La Determina Aifa

La Determina Aifa, comprensiva dei suoi allegati, fornisce ai prescrittori strumenti tecnico-scientifici per impostare i nuovi trattamenti con AVK e DOAC o per proseguire le terapie in corso. Tra gli strumenti ci sono: il percorso decisionale che tenga conto della valutazione del rischio tromboembolico e dei fattori che correlano con il rischio emorragico; indicazioni su quando è opportuno avviare una terapia anticoagulante; indicazioni sulla scelta dell'anticoagulante; raccomandazioni sulla gestione della terapia anticoagulante in occasione di procedure diagnostiche-chirurgiche.

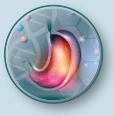
Patrizia Lattuada

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

NUTRIENTI e SUPPLEMENTI

INFORMAZIONE QUALIFICATA DA FONTI QUALIFICATE

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


STUDIO DI NATURE RINNOVA IL CONCETTO DI DIETA

EVIDENZE SU INTEGRATORI E INFERTILITÀ MASCHILE

PATOLOGIA TIROIDEA E VITAMINA D

PROBIOTICI: NUOVE LINEE GUIDA AMERICANE

ALTERAZIONI CEREBRALI DELL'ANOSMIA E COVID-19

Studio di Nature rinnova il concetto di dieta

Inutile impostare diete standard: vince la nutrizione personalizzata o di precisione

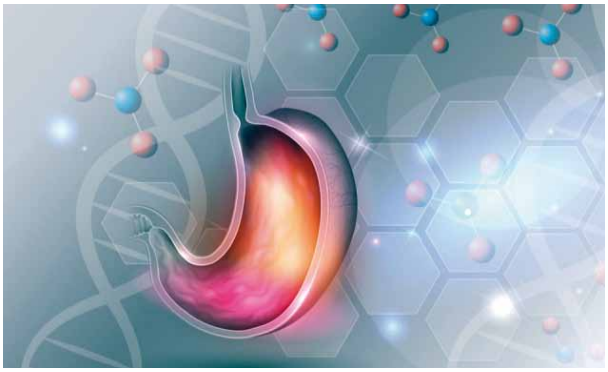
La risposta al cibo è strettamente individuale e personalizzata. Conta la genetica, ma meno di quanto si pensi, mentre altri fattori entrano in gioco e fanno la differenza: composizione dei cibi, microbiota e stili di vita che comprendono, per esempio, attività fisica e qualità del sonno. Inutile, dunque, impostare diete standard: vince la nutrizione personalizzata o di precisione in quanto, a parità di alimento assunto, la risposta metabolica tra un individuo e l'altro può variare anche fino a dieci volte.

Un messaggio che sicuramente lascerà il segno quello che arriva dai risultati dello studio Predict-1 (*Nature Medicine* 2020; 26: 964-73), che si candida a diventare una pietra miliare nell'ambito delle ricerche su nutrizione, metabolismo e prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili.

La ricerca ha coinvolti 1.103 partecipanti in buona salute, inclusi 660 gemelli mono ed eterozigoti, seguiti per 2 settimane (alimentazione, misurazione di marker metabolici, composizione del microbiota e valutazione di stili di vita): lo studio più dettagliato a oggi disponibile per valutare i diversi fattori che influenzano le risposte del nostro organismo al cibo.

I risultati mettono in evidenza come sono diversi i fattori con un impatto sulla qualità della salute, a partire dalla composizione microbica intestinale, per arrivare a glicemia, lipemia, insulinemia, esercizio fisico fino alla qualità del sonno. La genetica gioca un ruolo minore di quanto generalmen-

te si tenda a credere nella risposta metabolica all'ingestione di cibo, tanto che gemelli monozigoti possono rispondere in maniera molto diversa agli stessi alimenti. Anche la miglior combinazione di nutrienti (mix tra grassi, carboidrati, proteine e fibre) è altamente individuale e, pertanto, le diete basate su rapporti fissi di macronutrienti non possono funzionare allo stesso modo in ogni individuo.
Per quanto riguarda il microbiota intestinale sono stati individuati 15 ceppi correlati a marker di buona salute, legati in particolare al consumo di alimenti vegetali. Altri 15, invece, legati più al consumo di carne, si sono segnalati più strettamente correlati a indicatori di cattiva salute.



Evidenze su integratori e infertilità maschile

Una revisione della letteratura pubblicata su Nutrients fa il punto sull'argomento

Gli integratori alimentari sono spesso impiegati per migliorare i parametri dello sperma e la fertilità maschile e in molti casi, vi sono evidenze di benefici ma la loro reale efficacia è oggetto di discussione. I ricercatori Gabriel Petre, Francesco Francini Pesenti e Andrea Garolla, coordinati dal **Carlo Foresta**, direttore dell'Unità di Andrologia e Medicina della riproduzione e del Centro di crioconservazione dei gameti maschili, Dipartimento di Medicina dell'Università di Padova hanno realizzato una revisione della letteratura (*Nutrients* 2020, 12: 1472).

▸ Sostanze esaminate

Sono stati individuati 18 principi attivi con dimostrazione di efficacia statisticamente significativa nel miglioramento di almeno un parametro del liquido seminale. Ci sono nutrienti come zinco, selenio, folati, vit. B12, vitamine C ed E; aminoacidi (arginina, citrullina, carnitina); molecole ad attività antiossidante diretta (N-acetil-cisteina, inositolo, acido alfa lipoico, coenzima Q10 e licopene); *tribulus terrestris*.

▸ Risultati

Per gli integratori, l'applicazione dello score di potenziale efficacia ha evidenziato come il 9,5% delle formulazioni cada nella classe più alta, il 71,4% nella classe media, e il restante 19,1% si colloca nella classe con efficacia assente.

▸ Indicazioni cliniche

Il primo obiettivo di un trattamento dell'infertilità maschile è quello di identificare la causa che sottende all'alterazione dei parametri seminali. La review ha messo in luce che alla fine di questo percorso clinico-diagnostico, alcune condizioni possono trarre significativo vantaggio dall'utilizzo di integratori che contengano specifici nutrienti a dosaggio adeguato. In particolare, alcune sostanze con proprietà antiossidanti, come licopene, astaxantina, coenzima Q, N-acetil-cisteina e inositolo, sono indicate nel trattamento dell'infiammazione delle ghiandole accessorie maschili, causate da agenti microbici e non. Diversi studi condotti su pazienti infertili astenozoospermici, hanno dimostrato un effetto positivo in seguito alla supplementazione di selenio, dato che il nutriente incrementa l'attività degli enzimi antiossidanti selenio-dipendenti importanti durante la spermatogenesi e la formazione della capsula mitocondriale nel tratto intermedio degli spermatozoi. Anche l'integrazione con carni-

tina si è dimostrata efficacie nell'indurre un aumento significativo della motilità degli spermatozoi nei casi di astenozoospermia con funzionalità mitocondriale conservata. Infine, lo zinco è implicato nei processi di compattazione del Dna e la sua somministrazione ha evidenziato un significativo miglioramento della morfologia spermatica, e dell'integrità del Dna, risultando particolarmente utile in pazienti affetti da esiti di flogosi prostatica.

Patologia tiroidea e vitamina D

Colecalciferolo sembra avere effetti benefici nelle patologie autoimmuni tiroidee

Diverse ricerche hanno dimostrato una relazione tra carenza di vitamina D e comparsa di malattie autoimmuni tiroidee e/o cancro alla tiroide. Ricercatori del dipartimento di Medicina traslazionale dell'Università del Piemonte orientale ha condotto una review, per mettere in luce le attuali evidenze (Nutrients 2020, 12: 1444). **Chiara Mele** e **Paolo Marzullo**, tra gli Autori hanno illustrato la ricerca.

▸ Tiroidite di Hashimoto

Studi interventistici hanno dimostrato come la supplementazione con colecalciferolo sia in grado ridurre significativamente l'insorgenza di ipotiroidismo e il titolo degli anticorpi anti-tireoperossidasi.

▸ Malattia di Graves e tiroidite post-partum

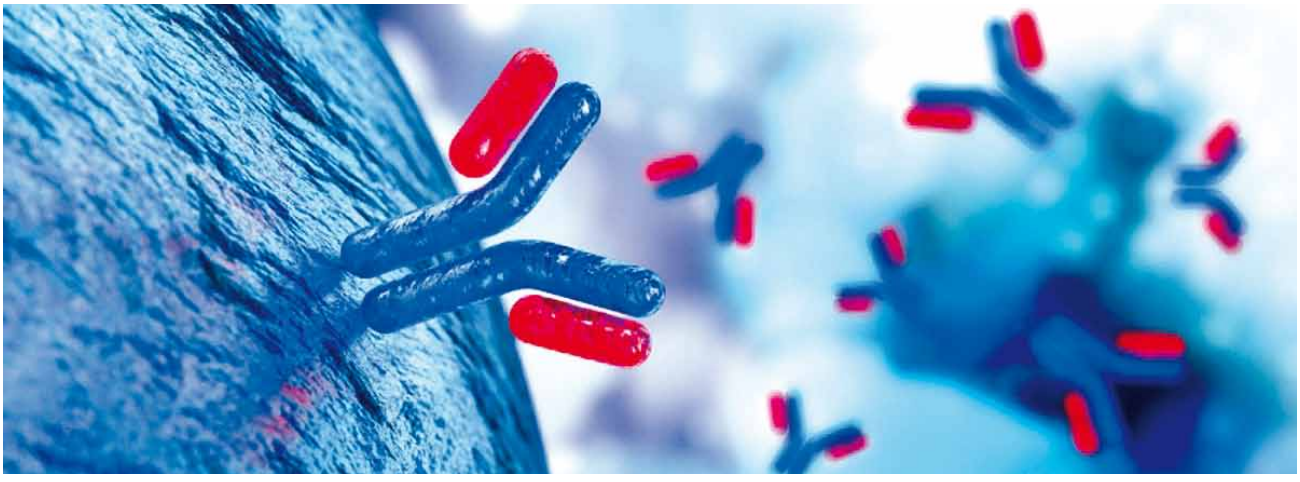
Si può affermare che l'ipovitaminosi D sembrerebbe essere associata a una maggior prevalenza di patologie autoimmuni tiroidee. La terapia supplettiva con colecalciferolo potrebbe avere un ruolo chiave nel prevenire l'insorgenza e le complicanze legate all'autoimmunità.

▸ Tumore della tiroide

Acuni studi hanno evidenziato un'associazione tra ridotti livelli sierici di vitamina D e un aumentato rischio di insorgenza di tumore tiroideo, altri invece non hanno mostrato alcuna correlazione. Pochi studi hanno valutato il ruolo della terapia suppletiva con vit. D nel prevenire l'insorgenza di tumore tiroideo, con risultati inconcludenti.

▸ Conclusioni

Il trattamento suppletivo con colecalciferolo sembra avere effetti benefici nelle patologie autoimmuni tiroidee, mentre non esistono attualmente chiare evidenze circa l'utilità della somministrazione di vitamina D nei pazienti con carcinoma tiroideo. Gli studi condotti nella tiroidite di Hashimoto hanno riportato diverse posologie giornaliere o settimanali di colecalciferolo. Bisogna considerare che la risposta individuale al trattamento e il fabbisogno può variare da un paziente all'altro in base a diversi fattori, tra cui l'età e la massa corporea. Sulla base delle attuali evidenze, suggeriamo pertanto di impostare un trattamento primariamente volto a correggere il deficit di vitamina D, proseguendo poi con una terapia di mantenimento come suggerito dalle attuali linee guida.



Probiotici: nuove linee guida americane

Ben due review per favorire linee di comportamento sui probiotici

"Pubblicate sul *Journal of family practice* e su *Gastroenterology* due review con l'obiettivo di favorire linee di comportamento per i clinici sull'impiego dei probiotici.

Il primo documento evidenzia un'utilità comprovata per: prevenzione della diarrea in corso di terapia antibiotica; riduzione del tempo di pianto nei neonati con coliche; miglioramento dell'efficacia degli antibiotici in caso di vaginosi batterica; riduzione del rischio di infezioni da Clostridium difficile; trattamento della diarrea pediatrica acuta; riduzione dei sintomi della stipsi (J Fam Pract 2020 69(3):E1-E10).

Le linee guida dell'American Gastroenterological Association (Aga) sono dedicate al ruolo dei probiotici nella gestione di alcune patologie gastrointestinali. Gli ambiti in cui ne è stata riconosciuta l'utilità sono:

- in corso di trattamento antibiotico per prevenire l'infezione da *C. difficile* negli adulti e nei bambini;
- seconda indicazione, anche qui negli adulti come nei bambini, in caso di pouchite, una complicanza possibile in caso malattia infiammatoria cronica intestinale.
- Non vi sono ancora prove sufficienti, secondo Aga, per l'impiego di probiotici nei seguenti casi: trattamento di malattia di Crohn, colite ulcerosa, sindrome dell'intestino irritabile. Inoltre, si sconsiglia l'uso di probiotici in caso di gastroenterite infettiva acuta nei bambini.

Alterazioni cerebrali dell'anosmia e Covid-19

In alcuni soggetti l'anosmia potrebbe essere l'unico sintomo di Covid-19

Attraverso la RM sono state portate alla luce alterazioni cerebrali compatibili con l'infezione del virus Sars-CoV-2, in una paziente con anosmia come unico sintomo di malattia. Lo studio è stato condotto presso Istituto clinico Humanitas, in collaborazione con l'Istituto neurologico Carlo Besta, entrambi di Milano.

La paziente eccetto una leggera tosse per una giornata, non ha avuto altri sintomi riconducibili all'infezione eccetto appunto un'anosmia severa. La risonanza magnetica mostra alterazioni cerebrali che fanno presumere la presenza del virus Sars-CoV2 a livello del cervello. Immaginiamo che il virus si replichi a livello della mucosa olfattiva, entri nelle terminazioni nervose delle vie olfattive e per via trans-sinaptica, ovvero passando da un neurone all'altro, arrivi al bulbo olfattorio e alla corteccia cerebrale deputata alle sensazioni olfattive. Le alterazioni rilevate non erano più visibili alla RM di follow-up effettuata circa un mese dopo. Lo studio suggerisce che in alcuni soggetti l'anosmia persistente potrebbe essere l'unico sintomo di Covid-19; pertanto questi soggetti dovrebbero essere sottoposti a tampone per verificarne la positività ed eventualmente isolati, così da limitare la diffusione del virus.

Nutrientiesupplementi.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.nutrientiesupplementi.it • info@nutrientiesupplementi.it