

# 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*

**L**a 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 anamnesti-

ca 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

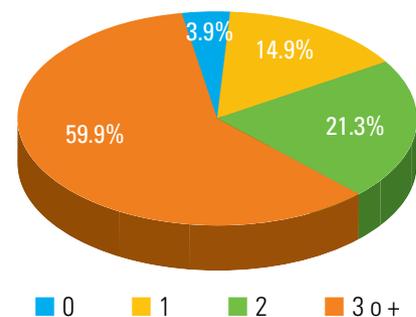
Il terrore per la Covid-19, ovviamente, non è immotivato, soprattutto se analizzato da una prospettiva geriatrica. I

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 ultrasettantenni - 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 trascor-

sa, 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 comorbidità 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

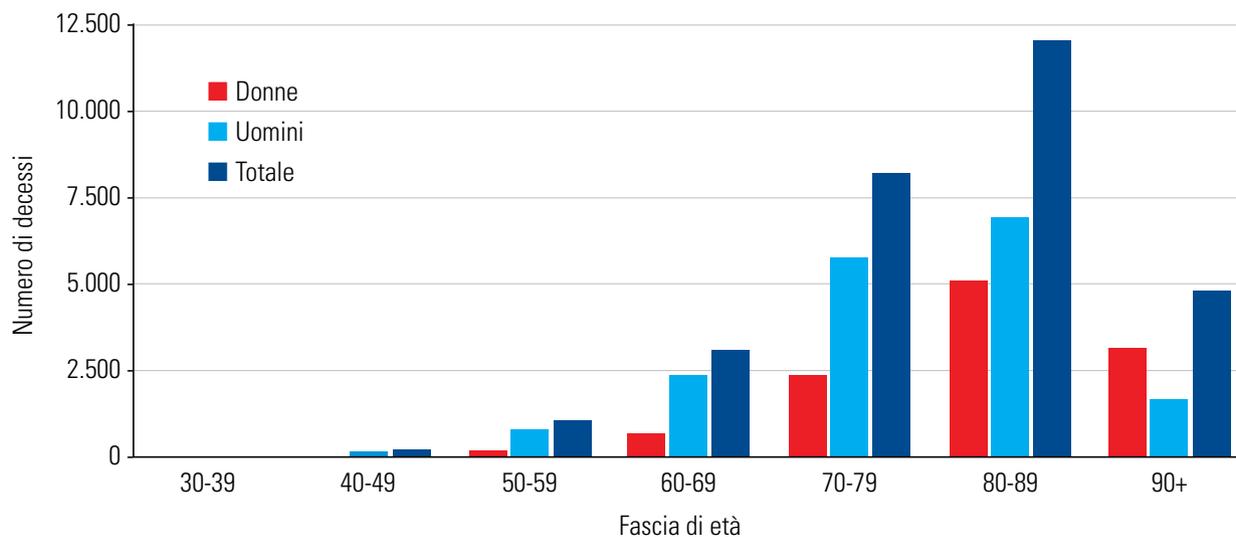
riempito di contenuti con una attenta ricostruzione della storia clinica delle persone per cercare di comprendere al meglio le esigenze assistenziali di ogni specifico paziente. L'invecchiamento biologico è solo vagamente connesso con l'età della persona. Alcuni ottantenni hanno capacità fisiche e mentali 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 cardiorenfro-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 entrare 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 (inibitori dell'enzima 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 up-regolazione 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>