

M.D.

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

Anno XXVIII, numero 5 - 2021

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

IN QUESTO NUMERO

CONTRAPPUNTO 8

**Pandemia e cronicità:
le due facce dello stesso
pregiudizio**

TRIBUNA 10

**Medicina Generale
ai titoli di coda?**

COUNSELLING 32

**Resilienza e salute mentale
nell'emergenza coronavirus**

TERAPIA 38

**Terapie ablative
imaging-guidate
in oncologia**



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



Renzo Soave

Presidente cooperativa Salute & Territorio

**Medico di famiglia, convenzionato o dipendente?
Ma c'è una terza via**

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXVIII numero 5 giugno-luglio 2021

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

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Pubblicità

Teresa Premoli
Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia



RCP Minias

In questo numero

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
Medico di famiglia, convenzionato o dipendente? Ma c'è una terza via 5
- **Proposte**
Più forza al territorio, un piano di riorganizzazione delle cure primarie 6
- **Contrappunto**
Pandemia e cronicità: le due facce dello stesso pregiudizio 8
- **Tribuna**
Medicina Generale ai titoli di coda? 10
- **Riflessioni**
Considerazione di un medico di famiglia a fine carriera 12
- **Riflettori**
 - 2020, lo tsunami delle cure mancate 14
 - Un Osservatorio dedicato per ridurre la salute diseguale 15
- **Telemedicina**
La sanità è pronta al digitale 16
- **Indagini**
Emergenza, italiani soddisfatti della gestione del Ssn 18
- **Italia sanità**
Il prezzo del Covid-19 pagato dal nostro Paese 20

AGGIORNAMENTI

- **Diabetologia**
Prediabete e rischio di eventi cardiovascolari 24
- **Endocrinologia e malattie del metabolismo**
Covid-19: adiposità viscerale e risposta anticorpale al vaccino 25
- **Gastroenterologia**
Raccomandazioni per il danno epatico farmaco-indotto 26
- **Geroscienza**
Longevità e capacità di riparazione del DNA 27
- **Ipertensione arteriosa**
Benefici della riduzione farmacologica della PA 28
- **Prevenzione**
Strategie per evitare un secondo stroke o un TIA 29

CLINICA E TERAPIA

- **Diario ambulatoriale**
La settimana di un medico di famiglia 30
- **Counselling**
Resilienza e salute mentale nell'emergenza coronavirus 32
- **Rassegna**
Diabete mellito di tipo 2 e scompenso cardiaco 34
- **Ricerca**
Obesità, una malattia negata associata a importanti comorbidità 37
- **Terapia**
Terapie ablative imaging-guidate in oncologia 38
- **Epidemiologia**
Malattie CV in Italia: good news e bad news 40
- **Clinica**
Fibromialgia, una sfida per il medico 41
- **Saper fare**
Efficacia dell'agopuntura in menopausa 42
- **Rassegna da Nutrienti e Supplementi** 43

Medico di famiglia, convenzionato o dipendente? Ma c'è una terza via

// No alla dipendenza pubblica, no a quella da enti privati, sì invece ad una Medicina di Famiglia cooperativa, organizzata, responsabile, efficiente e, soprattutto, prossima a tutte le comunità, anche le più piccole e periferiche". È perentorio **Renzo Soave**, presidente della cooperativa Salute & Territorio di Verona, nell'asserire a *M.D. Medicinae Doctor* che, nel dibattito sul futuro inquadramento contrattuale dei medici di medicina generale, non c'è solo la dipendenza o lo *status quo* della convenzione, ma c'è una terza via, quella rappresentata dalla realtà delle cooperative della Medicina Generale.

Il passaggio alla dipendenza dei Mmg oggi non è più solo un'ipotesi, ma può divenire presto realtà, visto che è contemplata nel Pnrr.

Il Veneto ha di fatto anticipato i tempi con il Piano Socio Sanitario regionale del 2018, dove tale prospettiva fa parte delle linee di indirizzo del Sistema Sanitario Regionale.

"Se c'è un modo per cambiare le cure primarie - continua Soave - credo sia quello di mettere a disposizione le risorse di personale e strutture, indispensabili per attuare quel cambiamento nell'erogazione dei servizi, che di fatto si è dimostrato efficace e con un costo sostenibile, come dimostrano i risultati raggiunti durante l'emergenza pandemica, in quelle realtà che potevano contare su di una medicina territoriale strutturata e supportata dalle cooperative di servizio". "Il mondo delle cure primarie - precisa - è estremamente complesso e variegato e se non si è attenti è molto facile semplificare ed esprimere giudizi non pertinenti e, in prospettiva, soluzioni potenzialmente costose e poco efficaci".

"La pandemia - sottolinea - ha di fatto evidenziato le disfunzioni del Ssn sia nel sistema ospedaliero sia in quello del territorio nelle diverse declinazioni dell'assetto sanitario regionale. Di fatto ha dimostrato che laddove la MG non è strutturata e organizzata nel territorio non è efficiente nell'affrontare i bisogni attuali di salute dei cittadini. Attualmente circa il 30% dei Mmg lavora da solo senza personale di studio e in strutture non adeguate". Questa realtà è figlia di normative mai applicate.

"L'Acn del 2005 - spiega Soave - prevedeva per i Mmg forme organizzative con personale di supporto e, in questo senso, sono state emesse normative nazionali e regionali tra cui va annoverata in particolare la legge Balduzzi a cui, però, non sono seguiti dei decreti attuativi. Nei fatti, non è stata mai applicata. Oggi a Verona circa il 15% dei Mmg esercita in queste forme organizzative complesse e, lavorando in spazi e personale adeguati, hanno affrontato la crisi pandemica con riconosciuta efficienza. La modalità organizzativa della medicina di gruppo, con una coop di servizio a supporto, è risultato essere un modello vincente e idoneo alle sfide cliniche e assistenziali dei nostri tempi; è di prossimità con i cittadini, gestisce le malattie croniche in modo proattivo e, soprattutto, garantisce il rapporto fiduciario con i pazienti/assistiti. Si tratta di un modello alternativo alle ipotesi che si stanno proponendo che prevedono la trasformazione del medico in dipendente o di ente pubblico o di strutture private come per esempio di *holding* farmaceutiche, che stanno investendo grande capitale nella sanità del territorio". (A.S.)



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Renzo Soave

Più forza al territorio, un piano di riorganizzazione delle cure primarie

A presentarlo di recente è stato il presidente del Consorzio Sanità (Co.S.) Antonio Di Malta. Il progetto è incardinato sulle Cooperative di medici di medicina generale e si articola in quattro nodi strategici che hanno l'obiettivo di potenziare la rete territoriale, esigenza che si è resa ancora di più necessaria a seguito della pandemia

I Consorzio Sanità (Co.S.) annovera 38 Cooperative e 4.000 medici di medicina generale, da 25 anni si occupa di promuovere la cooperazione nell'ambito della Medicina Generale, affiancando le Cooperative socie nella realizzazione di progetti e iniziative volte al potenziamento delle cure sul territorio. Purtroppo si tratta di una realtà semiconosciuta che, alla luce dei limiti messi in risalto dalla pandemia, di una risposta inadeguata e frammentata della Medicina Generale, ha deciso di 'prendere parola' e far portare alla ribalta dei media il mondo della cooperazione medica.

“Questa realtà - tiene a precisare **Antonio Di Malta**, Presidente del Consorzio Co.S durante i due appuntamenti webinar '#IOMICUROACASA', organizzati da Motore Sanità - se adeguatamente e correttamente supportata avrebbe potuto creare nel nostro Paese una rete nazionale di presidi della Medicina Generale in grado di affiancare gli ospedali nell'intercettazione, visita e trattamento di centinaia di migliaia di pazienti Covid positivi non gravissimi, perché è possibile curare a domicilio tramite tele-monitoraggio con un centro servizi, alleggerendo così la

pressione sugli ospedali e impedendo loro di andare incontro a una sicura saturazione”. Proprio per questi motivi, Co.S ha deciso di presentare un progetto articolato sulla riorganizzazione delle cure primarie alla luce dei futuri cambiamenti previsti per la medicina territoriale, declinati dal *Recovery Plan* e dal Pnrr.

► Il progetto

Si tratta di progetto incardinato sulle Cooperative di medici di medicina generale che si articola in quattro nodi strategici e che hanno l'obiettivo di potenziare la rete territoriale, esigenza che si è resa ancora di più necessaria a seguito della pandemia Covid:

- la promozione e nascita di una Rete di cooperative di Medici di Medicina Generale;
- la promozione della nascita di Aggregazioni funzionali territoriali (Aft);
- l'adozione in misura innovativa, forte e capillare di strumenti tecnologici;
- la promozione della presa in carico da parte di una Cooperativa di gestione di 5-10 Aggregazioni funzionali territoriali.

Secondo i dati di Co.S, la maggior parte dei medici di medicina generale non ha strutture logistiche

adeguate per il distanziamento o personale amministrativo e infermieristico che consenta di fare di più di quello che ha potuto fare finora. Manca un piano organico che parta dai bisogni del committente (parte pubblica) per definire e quindi concordare compiti, attività dei medici di medicina generale e di conseguenza la logistica, i fattori di produzione, la tecnologia e infrastruttura informatica. Co.S. insiste sulla necessità di portare in essere le Aggregazioni funzionali territoriali strutturate con una logistica *hub/spoke* nella quale l'*hub* deve essere la Casa di Comunità (l'Uccp dei dispositivi legislativi) che accolga da 6 a 10 medici di medicina generale, e intorno ci devono essere gli *spoke*, vale a dire le piccole medicine di gruppo o studi singoli. Il tutto dovrà essere gestito da Cooperative di Mmg. Il Piano di riorganizzazione delle cure primarie e della Medicina generale di Co.S. vuole essere la risposta a tali esigenze attraverso quattro aspetti:

- 1 La Rete di Cooperative di medici di medicina generale dovrebbe constare di 107 cooperative, una per Provincia (sono già esistenti 150 Cooperative in Italia, le altre rilevabili da ASL, Ordini dei

medici e/o facilmente costituibili con il supporto del Co.S.), che contano 5-10 Aft (20 medici per Aft) per un totale di 100-200 medici di Medicina generale per Cooperativa.

2 Le nuove Aft dovranno mettere insieme 20 medici di medicina di assistenza primaria (MAP) di cui 16 medici di medicina generale e 4 medici di continuità assistenziale (MCA).

3 Il Piano prevede anche l'adozione innovativa, forte e capillare di strumenti tecnologici quali la Cartella clinica in *cloud* per struttura *hub/spoke* e condivisione orizzontale fra medici di Medicina generale e verticale fra medici di Medicina generale e specialisti per Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) o per pronto soccorso; la telemedicina e il telemonitoraggio per la condivisione in remoto di tanti accertamenti specialistici, la televisita e la telesorveglianza per la presa in carico di malati cronici, fragili e Covid positivi al domicilio, l'Agenda condivisa (app) e infine gli strumenti per la raccolta dati, elaborazione, monitoraggio e verifica degli indicatori di struttura, processo ed esito, utili per l'assegnazione degli incentivi di risultato al medico di medicina generale.

4 Ultimo nodo strategico del Piano riguarda la promozione della presa in carico del paziente da parte di una Cooperativa di gestione di 5-10 Aggregazioni funzionali territoriali (Aft), in cui sono coinvolti tra 100 e 200 medici di medicina generale soci, per un totale di 150.000-300.000 cittadini.

► Il prezzo pagato dalla MG

Secondo il presidente Co.S, la Medicina Generale durante la pandemia ha pagato un prezzo alto per la mancanza di una efficace organizzazione della medicina territoriale. Una mancanza che non è da attribuire solo alla resistenza al cambiamento dei Mmg, ma da imputare a scelte politiche e di allocazione di risorse sul comparto. Basti pensare che la Medicina Generale incide sul Fondo Sanitario Nazionale per il 6% e che la realizzazione a isorisorsa delle Aft e delle Uccp, contemplate dalla Legge Balduzzi, in molte realtà sono restate lettera morta.

Si tratta di problematiche che il Co.S aveva già ampiamente evidenziato nel Congresso del 2019. A ricordarlo una dichiarazione di Di Malta durante quei lavori Congressuali pre-pandemia.

"Alcune grandi Regioni - aveva dichiarato il presidente del Co.S - stanno procedendo con propri piani operativi che non solo sono significativamente disallineati rispetto alla legge Balduzzi, ma sono privi di una logica di sistema. Nascono così esperienze sporadiche e territorialmente limitate che spesso non sono altro che una riconversione di piccole e costose Case della Salute e di Utap se non addirittura di medicine di gruppo inserite in un contesto di struttura pubblica senza affrontare i temi dell'integrazione funzionale.

Proseguendo in questa logica di frammentazione minimalista che disconosce ogni banale principio di rete integrata e soprattutto di economia di scala, le poche risorse disponibili recuperate dall'assistenza di secondo livello

e dai tagli all'inefficienza basteranno sì e no a coprire il 10% del territorio regionale ed in concreto a mettere in regola con i dettami della legge Balduzzi solo 1 Mmg su 10.

Ora a parte ogni più banale considerazione sul valore gerarchico e cogente delle leggi in Italia, quello che non si capisce è come non sia chiaro a tutti che non esiste altra alternativa alla salvezza del Ssn senza una reale riorganizzazione dei servizi sul territorio, un vero coinvolgimento degli operatori unici possibili protagonisti di questo processo, e questo si può realizzare solo con il coinvolgimento delle Cooperative di servizio dei Mmg".

"La drammatica esperienza della pandemia da SARS-CoV-2 ha messo in evidenza limiti ed errori del servizio sanitario italiano - sottolinea oggi Di Malta - ma ha anche evidenziato quanto sia essenziale e centrale il ruolo del medico di medicina generale. Il Covid ci ha spiegato con feroce determinazione e chiarezza che è il territorio e non l'ospedale che deve prima tracciare, arginare e poi arrestare il contagio, i ricoveri e poi le morti, e quindi l'unico soggetto che lo può fare si chiama Medicina Generale, ma lo può fare solo con una organizzazione che si articola attraverso le Aggregazioni funzionali territoriali, gestite da cooperative di medici di medicina generale, di cui i Modelli assistenziali professionalizzanti siano soci, e le Unità complesse di cure primarie, che sono come le Case di Comunità, ma gestite dalle cooperative di medici di medicina generale, a differenza delle Case della Salute".

(A.S.)

Pandemia e cronicità: le due facce dello stesso pregiudizio

Alla fine del percorso avviato con il Pnrr, se dovesse andare a buon fine, si valuterà in che misura il virus avrà favorito la rinascita delle cure primarie in Lombardia, invertendo una policy all'insegna della marginalità come testimonia la scelta regionale della Presa in Carico del 2017 (PiC) a favore dei Gestori ospedalieri e dei clinical manager specialistici, demandati alla gestione dei cronici in uscita dal territorio

Giuseppe Belleri - Medico di medicina generale, Flero (BS)

Con la DGR 4811 la Giunta regionale della Lombardia ha archiviato un decennio di sperimentazioni sulla gestione della cronicità, inaugurata nel 2011 dalla Delibera sui CReG, che esordiva con un giudizio lapidario verso la Medicina Generale, rimasto come filo conduttore delle *policy* regionali: *“la realtà dei fatti ha mostrato che l'attuale organizzazione delle cure primarie manca delle premesse contrattuali e delle competenze cliniche, gestionali ed amministrative richieste ad una organizzazione che sia in grado di garantire una reale presa in carico complessiva dei pazienti cronici al di fuori dell'ospedale”* (Allegato 14, DGR 973/2010).

La pubblica squalifica della categoria ha ispirato, in modo subliminale e forse inconsapevole, un atteggiamento pregiudizialmente negativo verso le cure primarie, che si è tradotto nel tentativo della Presa in Carico del 2017 (PiC) di marginalizzazione del medico di medicina generale a favore dei Gestori ospedalieri e dei *Clinical Manager* specialistici, demandati alla gestione dei cronici in uscita dal territorio. Ma così non è stato ed ora nei fatti la

DGR sulla revisione della Legge Regionale 23 ha messo in liquidazione la PiC: non a caso nelle linee di Sviluppo approvate a fine maggio per la revisione della Legge Maroni sono scomparsi riferimenti a Gestori, *Clinical Manager*, *Call Center* etc... (tabella 1).

► Una duplice svolta

Il 2020 ha quindi propiziato una duplice svolta sul doppio binario dell'assistenza primaria lombarda: l'archiviazione della PiC a cui si aggiungono gli investimenti del Pnrr per il rilancio del territorio, dopo due decenni di disinteresse, inadempienze e tentativi di smantellamento del *network* territoriale, culminati con la riforma della cronicità.

La premessa dei CReG è stata confutata dai suoi stessi esiti pratici prima che la pandemia desse la spallata finale all'ipotesi di trasferire la cronicità dal territorio alle cure ospedaliere, proposito risultato contraddittorio nell'anno che ha visto lo *tsunami* Sars-Cov-2 abbattersi proprio sulle strutture ospedaliere. A farne le spese con un elevato prezzo in vite sono stati i medici del territorio, abbandonati a se stessi sul fronte pandemico e mar-

ginalizzati da politiche ospedalocentriche che intendevano deviare sui nosocomi, già di per se oberati da prestazioni in acuto, la cura dei cronici. Nell'epicentro della pandemia, gli ospedali Lombardi non hanno potuto far altro che trascurare l'ordinaria amministrazione per concentrarsi a difesa della Terapie Intensive assediate, fino a monopolizzare l'80% della produzione.

► Un tema reiterato

Nell'ultimo anno il tema delle carenze del territorio è stato reiterato pubblicamente, tanto da diventare sinonimo di una scarsa professionalità e inaffidabilità del comparto delle cure primarie per ogni tipo di bisogno o patologia gestita in sede extraospedaliera.

La censura dei CReG del 2010 potrebbe essere riproposta oggi pari pari per quanto riguarda la gestione della pandemia: per aggiornare la frase riportata all'inizio del post basterebbe sostituire l'espressione *“presa in carico dei pazienti cronici”* con il riferimento alla gestione del Covid-19.

In realtà durante la II e III ondata i medici dell'assistenza primaria hanno prescritto decine di milioni

di tamponi per sospetti Covid-19 diagnosticandone quasi quattro milioni, segnalati, certificati e curati a casa senza necessità di ricovero, in sinergia con i colleghi della USCA e della Continuità Assistenziale come dimostrano i dati della stessa Protezione civile.

► **Ma quale latitanza**

Secondo tali dati, che ho analizzato in un articolo pubblicato sul mio *Blog* (<https://curprim.blogspot.com/>), su 3,9 milioni di casi di Covid-19 della II e III ondata 3,5 circa sono stati diagnosticati in sede extra-ospedaliera, dopo prescrizione e prenotazione di test molecolare o antigenico e dopo essere stati segnalati e tracciati i contatti, certificati, curati e monitorati telefonicamente o con televisita fino alla negativizzazione del tampone dai medici del territorio, ovvero da medici di medicina generale, medici di continuità assistenziale e delle Usca, Pediatri di libera scelta, medici delle Rsa, dei Servizi, delle carceri e militari, di PS etc., a dimostrazione dell'assoluta infondatezza della tesi sulla presunta latitanza della medicina del territorio nella gestione della pandemia.

Naturalmente i medici del territorio in aggiunta alla gestione dei casi Covid-19 hanno continuato l'ordinaria attività clinico-assistenziale nei confronti dei propri assistiti affetti da patologie croniche o da eventi acuti come accadeva prima della pandemia, senza rinviare visite o sospendere prescrizioni di accertamenti e farmaci. Ma evidentemente nessuno se ne è accorto come per anni è stato ignorato il lavoro svolto nella cura della cronicità fino al flop della PiC; così è stato riproposto il *leit motif* sull'assenza della medicina del territorio, mentre le liste d'attesa delle prestazioni ospedaliere si

TABELLA 1

Revisione LR23: le principali novità riguardano la governance

le Ats non avranno più compiti erogativi, ad esempio connessi con l'assistenza primaria, ma solo amministrativo-gestionali, in una logica di separazione delle funzioni (programmazione, acquisto, controllo, erogazione): indirizzo, autorizzazione, coordinamento, accreditamento, negoziazione, acquisizione del personale etc.;
le Asst, a cui afferiranno i dipartimenti Cure Primarie, Salute mentale e prevenzione, saranno operativamente suddivise in un polo territoriale articolato in Distretti ed un polo ospedaliero in Dipartimenti;
gli ospedali di grandi dimensioni saranno scorporati dalle attuali ASST per diventare Aziende Ospedaliere, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, gestionale e tecnica;
la rete territoriale è composta da un Distretto ogni 100mila abitanti e dalle strutture previste dal Pnrr (Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali per l'assistenza domiciliare, Ospedali di Comunità e telemedicina) e sarà la sede di valutazione del bisogno locale, della programmazione territoriale e dell'integrazione dei professionisti sanitari;
per quanto riguarda la PiC sono scomparsi i riferimenti ai Gestori ospedalieri mentre le relative funzioni vengono collocate nei distretti, quali sede dell'integrazione tra professionisti (Mmg/Pls e specialisti);
a livello distrettuale si prevede il coinvolgimento dei sindaci al fine di rendere effettiva la programmazione locale;
per quanto riguarda Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali per l'assistenza domiciliare, Ospedali di Comunità e telemedicina la DGR recepisce le indicazioni generali del Pnrr.

allungano a dismisura a seguito di annullamenti e rinvii di milioni di prestazioni complice la II e III ondata. La strategia del taglio dei ponti verso l'ambiente per concentrare le risorse sul fronte pandemico è stata utile, ma rischia di paralizzare il sistema per anni, a mo' di *boomerang*. A porre rimedio ad un annoso disinteresse verso le cure primarie, che ancora si tinge di squalifica mediatica, sono arrivati gli ingenti investimenti strutturali del Pnrr che le linee di sviluppo della riforma lombarda hanno recepito in modo abbastanza slegato dal resto delle proposte di revisione della LR 23. Tuttavia i finanziamenti comunitari sono destinati più che altro al rafforzamento della gestione alla cronicità (soprat-

tutto i COT, ovvero le Centrali Operative Territoriali e le CdC) e ben poco ad una potenziale nuova emergenza infettiva pandemica che nel 2020 ha innescato il cambiamento. Tanto che il riferimento alla cronicità e fragilità compare in numerosi passaggi delle schede di programma inviate a Bruxelles.

Alla fine del percorso avviato con il Pnrr, se dovesse andare a buon fine, si valuterà in che misura il virus avrà favorito la rinascita delle cure primarie in Lombardia, invertendo un ventennio di *policy* all'insegna della marginalità.

Articolo tratto ed elaborato da <https://curprim.blogspot.com/>

Medicina Generale ai titoli di coda?

Una domanda legittima, visto che i Mmg si sentono accerchiati da una politica che predilige affidargli compiti burocratici, pensando che il loro lavoro sia marginale e per certi aspetti obsoleto

Alessandro Chiari

Segretario Fismu, Emilia - Romagna

Potremmo pensare come si sarebbe comportato il nostro grande padre Ippocrate in prospettiva di questo terribile virus che di fatto ha cambiato il mondo e ha trasformato la sanità in contenitore emergenziale, creato più da scelte errate ed improvvisate, che da un vero e proprio piano pandemico. E tra queste interminabili distese di croci ci sono anche delle file riempite da nostri Colleghi. Dagli errori di solito s'impara, ma qui qualcuno ha realmente imparato qualcosa? Invece qualcuno ci vorrebbe ai titoli di coda. Ma ricordiamoci il grande comandamento: *primum non nocere*.

Al momento in cui scriviamo si sta dando la possibilità alla popolazione di non portare le mascherine, proprio nel momento in cui si rile-

vano focolai territoriali della temibile variante Delta. Ancora una volta si sceglie la *pax* sociale alla sicurezza sanitaria. Che alla fine significa che ancora una volta ci dovremo arrangiare. E proprio vero che il pesce marcio incomincia a puzzare dalla testa.

► Si lancia e si rilancia

Il Leader Maximo del più grande sindacato della medicina generale, e non intendiamo metterne in dubbio la buona fede, ha sbagliato, probabilmente, strategia, ottenendo di offrire i Colleghi in saldo al tritacarne delle vaccinazioni. Ed ora, che il malcontento serpeggia tra le file dello stesso sindacato, come una sfinge sta piangendo lacrime di cocodrillo perché, obtorto collo è costretto a fare marcia indietro pena una grossa scontentezza: in effetti siamo sempre di più circondati da colleghi molto frustrati, se non disperati, perché non riescono più a seguire i propri pazienti a causa della selvaggia politica fatta sulle vaccinazioni che dovrebbero somministrare i medici di medicina generale sostenuta dagli errori sindacali ed allo stesso Ministero della Salute, che continua ad improvvisare, sprecando anche quella risorsa logistica che è data dalla mente del generale alpino.

Anche il Vice Maximo si mette ai

ripari e retrocede dalle posizioni prese in precedenza anche agganciandosi ad un altro problema molto astioso per i medici di medicina generale che quello di fare fatica a trovare i sostituti. D'altro canto questa classe sindacale, mi sia concessa licenza, deve avere qualche problema di *Random Access Memory* non del tutto efficiente, e con questi vuoti di memoria sembra non ricordare che parte del *gate control* dell'ingresso alla Medicina Generale l'ha inventato Lei stessa con il corso di formazione alla MG che, insieme al numero chiuso e alle borse di studio insufficienti per le varie specializzazioni, ha ridotto enormemente i numeri dei medici che potevano accedere alla professione di Mmg, ma questa è una vecchia storia di cui però subiamo ancora le conseguenze dettate da un progetto che non è mai stato equilibrato. Molti osservatori, con cui personalmente sono d'accordo, hanno sempre sostenuto che il corso comunque dovesse dare accesso prima alla continuità assistenziale e poi alla Medicina Generale ed in questo modo poteva essere frequentato da un numero molto maggiore di medici.

In ogni caso siamo ancora in assenza di un progetto e l'ennesimo caos sui vaccini, dove prima si dice tutto e dopo il contrario di tutto, sta



ancora confondendo tutte le carte in tavola sparigliando ancora una volta il banco: la confusione poi genera altra confusione. La stessa politica del "liberi tutti" e via le mascherine pare molto azzardata proprio nel momento in cui si preannuncia l'invasione della nuova variante Delta che pare allarmare molto, ma forse non i politici che sono sempre più preoccupati di cercare di dare una parvenza di normalità sociale piuttosto che di sicurezza sanitaria e questo problema/errore lo scontiamo dall'inizio di questa maledetta pandemia.

► Perseverare è diabolico

Sebbene in molti abbiano colto l'occasione di scagliarsi, ingiustamente, contro il territorio, risulta assolutamente sbagliato cercare di pensare, in questo momento, ad una riforma della Medicina Generale perché il progetto sarebbe inquinato e deviato dalla situazione particolare che si sta vivendo e appare veramente paradossale parlare di passaggio alla dipendenza o alla privatizzazione, stante la situazione attuale che genera disorientamento e aumenta la confusione già esistente. Si risponde con errori ad altri errori.

Il problema della gestione dello studio della Medicina Generale, che già prima della pandemia appariva come un *supermarket* dove i pazienti andavano a chiedere e ottenevano quasi sempre quello che volevano. Visto che non si paga il biglietto d'accesso, il *supermarket* si può frequentare senza problemi e prendere dagli scaffali tutto quello che si vuole quando si vuole e come si vuole, costringendo il medico di famiglia ad un serrato confronto giornaliero (che abbiamo sempre definito come un giro della morte quotidiano) per

negare o assicurare la risorsa che il cittadino pretende.

Molti tra i nostri giovani Colleghi riescono a fatica a dominare l'arrabbiatura quotidiana e a portare il peso di un ruolo medico sempre più svilito e burocratizzato. Un disagio che cresce quando si palesa la percezione che gli assistiti non comprendono il perché di certe regole che governano l'assistenza sanitaria. Vediamo, inoltre, crescere il forte timore medico legale e l'impotenza di fronte all'improvvisazione che regna sovrana. Confusione e mancanza di una strategia e di punti di riferimento è un *handicap* costante che ci stiamo portando dietro dall'inizio del calvario professionale provocato dalla pandemia, o meglio dalle dilettantesche misure usate per affrontarla.

► Non abbiamo mai mollato

Ma se c'è stato un comparto che ha retto, malgrado tutti i tentativi di sabotarne la tenuta è proprio la Medicina Generale che ha continuato dal primo giorno a lottare e a non mollare mai. E le nostre indicazioni sono frutto della nostra lotta quotidiana, del nostro continuo confronto col morbo e della nostra sopravvivenza, senza mai una tregua.

Se non ci fosse stata la Medicina Generale avremmo visto senz'altro un film molto più tragico. Quella sottile linea rossa che ha delimitato i contorni del baratro, generata dal lavoro dei Mmg ha tenuto e in un qualche modo ci ha salvato, la professionalità giocatasi sulla propria pelle da migliaia di professionisti territoriali e continua a tenere. Eppure c'è chi osa criticare il giocattolo senza poi proporre una soluzione intelligente. Le Case della Salute sono state un *flop*, le Cooperative della Medicina Ge-

nerale sono obsolete e già ora pare già un progetto senza intelligenza quello delle Case di Comunità, che non sono che una rilettura 'ritinteggiata' delle stesse Case della Salute. Non basta un nuovo termine per creare qualcosa di efficace.

Si continua a parlare di strutture *hardware* senza che dentro vi giri un *software*. Il vero *brand*, e lo ripetiamo da sempre è il Mmg stesso. Questo *brand* non cede mai e sta in piedi malgrado le tempeste che gli vengono scagliate contro. E gli occhi pesti, le mani insanguinate, il viso coperto di stracci sono le immagini che hanno segnato il nostro operato professionale durante questa pandemia che non dimenticheremo mai.

► Cronicità: la nostra priorità

Quello che non è mai cambiato è l'esistenza di una discrepanza quasi schizofrenica negli obiettivi assistenziali e politici durante questa campagna anti Covid -19 per cui il pensiero comune si concentra sulla medicina territoriale pensandola come necessaria all'assistenza Covid e questo continua ad essere un errore strategico perché la Medicina Generale non deve gestire il Covid, ma in questo momento la drammatica priorità sul territorio e quella di continuare a visitare ed assicurare il 100% di assistenza ai malati non Covid che da un anno continuano ad essere dimenticati da tutti. In una scena del film "*Once we were soldiers*" un soldato saluta il sergente alla mattina in caserma e dice: "bella giornata eh sergente" e il sergente risponde "una bella giornata del c...". E di giornate di questo tipo è dall'inizio che ne viviamo, senza sosta. Forse non è il Covid che uccide, ma l'ignoranza.

Considerazione di un medico di famiglia a fine carriera

Le trasformazioni di una professione, molto ambita un tempo, che oggi è diventata marginale, dove il tempo clinico è stato fagocitato dalle incombenze burocratiche e gestionali

Emanuele Zacchetti

Medico di medicina generale, Borgosesia (VC)

Si avvicina il momento della pensione e mi vengono in mente alcune riflessioni sulla professione di Mmg che ho svolto in questi lunghi anni. Nel complesso la valutazione della mia attività professionale non è positiva. Troppi fattori influenzano negativamente questa professione e fanno sì che non sia più ambita da molti giovani medici. Negli anni '80, quando mi sono laureato, in piena pleora medica, molti sceglievano tale professione anche perché era ben retribuita, permetteva di lavorare più autonomamente rispetto ai medici ospedalieri. Non vi era alcun problema nel trovare un sostituto in caso di malattia o ferie, vi era una differente retribuzione rispetto al giovane assistente ospedaliero, come veniva definito il neo assunto nell'ambito della dipendenza. Il carico burocratico era già allora ben presente, ma non raggiungeva sicuramente i livelli attuali. La situazione si è modificata progressivamente in modo negativo in questi ultimi due decenni, trasformando il Mmg per circa l'80% in un burocrate e per il 20% in un medico. Questo perché negli alti "ranghi" non c'è nessuna considerazione della nostra dignità professionale. Il vantaggio economi-

co iniziale nei confronti del collega ospedaliero si è gradatamente ridotto. Sono aumentate le spese di gestione dello studio, ma gli aumenti economici degli ultimi anni sono stati irrisori.

A mio avviso il motivo di maggior preoccupazione attualmente si osserva nella difficoltà di reperire un sostituto per le ferie o, peggio ancora, per malattia o gravidanza. Ho osservato ultimamente con patimento colleghi che hanno sofferto di patologie anche gravi intenti a reperire con difficoltà e da soli un sostituto, quando questo compito dovrebbe essere svolto da altri. La posizione ibrida del Mmg, che non è dipendente, ma nemmeno un vero libero professionista, sta mostrando tutte le sue contraddizioni in senso negativo.

► L'imbutto formativo

Con la diminuzione dei laureati in Medicina, frutto del numero chiuso assolutamente necessario, ma mal calcolato, rispetto alle scuole di specializzazione, gli aspiranti Mmg si sono drasticamente ridotti. La difficile situazione in cui grava il medico di famiglia, lo scarso prestigio di cui ormai gode, la prospettiva di non poter svolgere in futuro un'attività libero-professionale, come invece lo

permette la medicina specialistica, la difficoltà per avere periodi di ferie, ma soprattutto la burocrazia asfissiante da gestire, non permettono a questa professione di essere ambita dai nuovi laureati in Medicina.

Percepisco nei miei pazienti la preoccupazione che al mio posto non arrivi nessuno, in quanto è ormai risaputo che molti bandi per la MG vadano deserti. Questo aumenta la mia ansia nel pensare a molti pazienti fragili che debbano rivolgersi ad ambulatori lontani dalla loro abitazione, in orari scomodi che rendono ancora più pesante il loro disagio.

► Un cambiamento necessario

Ritengo che la nostra professione debba essere radicalmente cambiata, oppure rischia veramente di essere esercitata da pochi medici, con un grande carico di pazienti difficilmente gestibili. Sarà fondamentale per tutti i medici di famiglia far parte di équipes composte da almeno cinque elementi che operino in poliambulatori con personale di studio sempre presente, che possa filtrare una grossa parte dell'impegno burocratico, attualmente in carico al medico, dequalificandone l'attività professionale.

Già sono presenti in alcuni contesti queste tipologie di lavoro che devono diventare l'unica realtà professionale per il futuro, medici più autonomi non più gestiti dalle Asl, in grado di esercitare il suo ruolo di clinico, alleggerito dalle incombenze di gestione dello studio che sottraggono tempo all'attività professionale. Lavorando insieme ci si può confrontare, condividere i casi difficili e le responsabilità, ritagliandosi anche più tempo per aggiornarsi e fare ricerca.

► Dare dignità di disciplina alla MG

L'attuale corso di formazione triennale dovrà diventare una vera specializzazione universitaria con possibilità di gestire la didattica, la ricerca, la formazione, da parte dei medici di famiglia, dando una maggiore dignità alla professione ed inserendosi in ambito di ricerca con altre università straniere, rendendo la MG più ambita dai giovani medici e creando un ambito di ricerca più ampio e di alto livello.

Pur rimanendo un medico che non rinuncia alla sua visione olistica e non parcellizzata del sapere medico, ritengo che si debba sviluppare la figura di un generalista che sappia essere orientato anche parzialmente verso una conoscenza specialistica, in modo che all'interno delle specializzazioni con le quali il Mmg deve giornalmente confrontarsi, come la cardiologia, la reumatologia, la radiologia, ecc., si possano apprendere delle conoscenze o eseguire manovre ed esami strumentali, senza sostituirsi allo specialista, che possano dare al medico un arricchimento professionale ed al gruppo in cui lavora un più elevato livello operativo.

► L'anacronismo della Convenzione

Per realizzare tutto ciò sono necessarie apparecchiature che difficilmente il medico singolo può permettersi, ed anche per questo motivo il lavoro in gruppo diventa fondamentale. Per passare a questa tipologia di lavoro è necessario transitare ad un sistema di dipendenza o di paradipendenza, che per ora non sembra essere visto positivamente da una parte dei colleghi, ma soprattutto dai sindacati maggiormente rappresentativi. Capisco che vi siano delle remore nel passare ad un rapporto di lavoro che i Mmg hanno sempre visto con sospetto, e che la controparte abbia ritenuto troppo oneroso da sostenere, ma non mi sembra che ciò che chiamiamo Convenzione sia ormai sostenibile con i problemi attuali.

La formazione psicologica dei futuri Mmg dovrebbe diventare un altro degli obiettivi da realizzare per un vero cambiamento della professione. A questo ambito, a cui ho dedicato la mia attività di ricerca in questi anni, dovrebbe essere data maggiore attenzione per preparare ed aiutare i giovani medici ad affrontare pazienti sempre più difficili che somatizzano ansia o depressione in sintomi che sembrano sfuggire a qualsiasi inquadramento diagnostico. L'umanizzazione della Medicina passa attraverso una diversa relazione medico-paziente, utilizzando un sapere che la moderna psicoterapia ha portato anche nell'ambito più prettamente medico. Osservo molti giovani medici trincerarsi dietro lo schermo del computer, quasi sfuggendo lo sguardo di pazienti diventati sicuramente più gravosi da gestire, ma che a loro volta si

aspettano di esser rassicurati, sostenuti da quell'unica figura medica che ancora è sempre disponibile ad ascoltare emozioni che si esprimono con sintomi fisici, spesso mal inquadrabili in patologie definite.

► Informatizzazione sì, ma...

Sembra che l'informatizzazione debba risolvere molti dei problemi dei Mmg, ma nella pratica quotidiana osservo molti dei limiti di questo strumento di lavoro che, pur essendo un mezzo indispensabile per immagazzinare dati in tempi brevissimi, rischia di mettere in disparte uno dei capisaldi del operare medico: quel rapporto empatico ed umano che ha caratterizzato il rapporto medico paziente in ogni tempo.

Il medico di famiglia del futuro deve avere il tempo per svolgere la sua attività clinica per studiare ed apprendere nuove competenze, lavorando a stretto contatto con i colleghi e partecipando a congressi, fare ricerca, e magari anche insegnare in una scuola di specializzazione universitaria di MG. Capisco che alcuni colleghi possano non condividere alcune delle mie proposte, queste possono essere modificate trovando altre strade per il cambiamento che va realizzato per il futuro.

Sono preoccupato per i giovani medici di famiglia, sono pochi e rischiano di avere prossimamente un carico di assistiti difficilmente gestibile. Non si può subire solo imposizioni dall'alto, ma bisogna proporre nuove idee ed un nuovo modo di lavorare. L'alternativa è continuare con il sistema attuale, inserendo solo piccole modifiche, ma in questo modo la nostra professione troverà sempre meno colleghi disposti ad intraprenderla.

2020, lo tsunami delle cure mancate

Il 4° Report di Salutequità, dove sono analizzati i dati certificati dalla Corte dei Conti sull'entità del fenomeno delle cure mancate ai pazienti non Covid-19 nel corso del 2020, delinea una vera e propria emergenza che deve essere affrontata in maniera risoluta per non ritrovarci, a fine 2021, con un livello inadeguato di recupero delle prestazioni e di utilizzo delle relative risorse da parte delle Regioni

Oltre un milione e 300mila ricoveri saltati, di cui più di 500mila urgenti. Radioterapia, chemioterapia, ricoveri per il tumore alla mammella, ai polmoni, al pancreas, impianto defibrillatori e *pacemaker*, interventi cardiocirurgici maggiori: il calo nel 2020 è tra il 10 e il 30% a seconda della prestazione. Persino i ricoveri pediatrici sono crollati fino al 50%. E anche i trapianti di organi hanno fatto marcia indietro: -8%. Uno tsunami annunciato e certificato dal Rapporto 2021 sul Coordinamento della finanza pubblica della Corte dei Conti, snocciolato e analizzato nel Quarto Report di Salutequità, che rischia di generare un'onda lunghissima di patologie gravi e decessi. "Abbiamo avuto anche 144,5 milioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali in meno, 90 milioni di prestazioni di laboratorio sempre in meno, così come 8 milioni di prestazioni di riabilitazione e 20 milioni di diagnostica - sottolinea **Tonino Aceti**, presidente di Salutequità, Associazione indipendente per la valutazione della qualità delle politiche per la salute -. Ma la cosa più grave è che nonostante la forte riduzione delle prestazioni erogate rispetto al 2019, circa il 67% delle risorse stanziare nel 2020 per il loro recupero non sono state spese dalle Regioni.

L'accantonamento delle risorse è stato di circa il 96% nelle Regioni meridionali e insulari, di circa il 54% al Nord e del 45% al Centro". "Finanziare queste misure non basta più - aggiunge Aceti -. Per rendere effettivamente esigibile il diritto alla salute in ogni angolo del Paese, serve un sistema efficiente, efficace e tempestivo sull'attuazione da parte delle Regioni delle misure volte al recupero delle prestazioni. In caso di inerzia delle Regioni è necessario prevedere l'esercizio di poteri sostitutivi da parte dello Stato, nonché inserire il recupero delle prestazioni e dell'utilizzo delle relative risorse da parte delle Regioni tra gli indicatori del Nuovo Sistema Nazionale di Garanzia dei LEA. È evidente a tutti che, alla luce della pandemia, indicatori nuovi come questo devono essere introdotti nel Nuovo Sistema di Garanzia, ancora purtroppo fermo ai dati del 2018". "Non sarebbe accettabile - conclude il presidente di Salutequità - ritrovarci ancora una volta, a fine 2021, con un livello inadeguato di recupero delle prestazioni e di utilizzo delle relative risorse da parte delle Regioni. Per questo Salutequità è impegnata a modificare l'art. 26 del Decreto Sostegni Bis per dare concretezza e strumenti attuativi che garantiscano l'equità di accesso alle cure".

► Recupero liste d'attesa

Il tema delle cure mancate si evince anche dalle lunghissime liste d'attesa ambulatoriali e ospedaliere che si sono accumulate per gli interventi ordinari. Ma nei prossimi mesi il recupero delle liste d'attesa sarà un tema centrale del Ssn. A sottolinearlo è stato il Ministro della Salute, **Roberto Speranza**, nella sua risposta al Senato all'interrogazione presentata da **Francesco Zaffini** (Fdl), in cui ha precisato che il Ministero, parallelamente all'azione di monitoraggio già intrapresa sul tema, ha chiesto a ciascuna Regione una puntuale relazione sullo stato dell'arte e sulle criticità riscontrate. "È indispensabile - ha precisato Speranza - mettere in atto efficaci strategie per il completo recupero, riprogrammando adeguatamente e tempestivamente l'attività ospedaliera e ambulatoriale, alla luce del miglioramento delle condizioni organizzative legate all'aumento della copertura vaccinale nel personale sanitario e nella popolazione generale. Il Ministero della Salute, con il decreto-legge dell'agosto scorso ha affrontato questa questione, promuovendo un finanziamento straordinario di circa mezzo miliardo e mettendolo a disposizione delle Regioni. Subito dopo la decisione del decreto agosto, c'è stata la seconda ondata.

Quindi, è chiaro che le risorse che dovevano servire per recuperare il pregresso, in realtà, per larghissima parte, non sono state utilizzate, perché le strutture sanitarie non hanno potuto recuperare il passato, ma hanno dovuto nuovamente - come

già avvenuto in primavera - rioccuparsi dell'emergenza pandemica. Sulla base di questa valutazione nel decreto-legge Sostegni bis abbiamo inteso estendere la durata dell'intervento straordinario già fatto per tutto l'anno successivo, cioè il 2021".



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il pdf sul 4° Report di Salutequità "Le cure mancate nel 2020"

Un Osservatorio dedicato per ridurre la salute diseguale

La proposta è del Presidente della FNOMCeO, Filippo Anelli, che ne chiede l'istituzione presso il Ministero della Salute. Un organismo che abbia non solo funzioni di monitoraggio, ma anche consultive, che proponga interventi normativi per riportare all'unità, all'universalità e all'uguaglianza il nostro Ssn

Un Osservatorio, da istituirsi presso il Ministero della Salute, che monitori le disuguaglianze in sanità tra le Regioni, mettendo in atto opportuni correttivi, con interventi a livello normativo, per calmarle. È questa la proposta del Presidente della FNOMCeO, la Federazione degli Ordini dei Medici, **Filippo Anelli**. "Il quarto Report dell'associazione Salutequità, frutto di un'elaborazione del Rapporto 2021 sul Coordinamento della finanza pubblica della Corte dei Conti, mostra una situazione drammatica, con una drastica riduzione, nel 2020 dei ricoveri, urgenti o meno, degli interventi chirurgici, delle terapie, delle visite ambulatoriali - sottolinea Anelli -. Queste ultime sono state addirittura 400mila in meno al giorno rispetto al 2019. Eppure, nonostante la forte riduzione delle prestazioni erogate, circa il 67% delle risorse stanziare nel 2020 per il loro recupero non sono state spese dalle Regioni. E grandi sono, ancora una volta, le differenze lungo la penisola: l'accantonamento delle risorse è stato infatti di circa il

96% nelle Regioni meridionali e insulari, di circa il 54% al Nord e del 45% al Centro".

"La salute diseguale, problema che da sempre ci affligge, è stata resa ancor più diseguale dalla pandemia di Covid - spiega -. Il Covid è arrivato su un terreno già disomogeneo e ha aperto varchi, scavato solchi, che rischiano di diventare voragini capaci di inghiottire i diritti civili, garantiti dalla nostra Costituzione. E a tutela di tali diritti, del diritto alla Salute, di cui all'articolo 32, del diritto all'Uguaglianza, di cui all'articolo 3, della garanzia stessa dei diritti, di cui all'articolo 2, lo Stato elegge gli Ordini delle Professioni Sanitarie, quali suoi Enti Sussidiari. Dobbiamo vigilare quindi: ripianare tali solchi, affinché non si aprano crepacci insanabili".

► Più centralità al Ministero della Salute

"Occorre garantire il superamento delle differenze ingiustificate tra i diversi sistemi regionali, creando un sistema sanitario più equo, sal-

vaguardando il servizio sanitario nazionale pubblico e universalistico - prosegue Anelli -. Il raggiungimento di obiettivi di salute deve restare la finalità prioritaria del servizio sanitario".

"È arrivato il momento di riflettere su un ruolo più forte e centrale del Ministero della Salute: auspichiamo una modifica di legge che rafforzi le sue capacità di intervento, aumenti le disponibilità economiche e le sue funzioni al fine di colmare le disuguaglianze - conclude Anelli -. Primo, importante passo può essere l'istituzionalizzazione di un Osservatorio, incardinato all'interno del Ministero della Salute, sulle disuguaglianze in sanità. Un organismo con funzioni non solo di monitoraggio, ma anche consultive, che proponga interventi normativi per riportare all'unità, all'universalità e all'uguaglianza il nostro Servizio Sanitario Nazionale. Rivendichiamo anche un ruolo centrale per i professionisti, che devono essere messi nelle condizioni di partecipare alla definizione e al raggiungimento, in autonomia e indipendenza, degli obiettivi di salute. È la Professione medica, sono le Professioni sanitarie, in quanto garanti dei diritti, la vera rete di unità del Paese in tema di salute, tanto più in questa emergenza dovuta alla pandemia".

La sanità è pronta al digitale

Le piattaforme digitali per mettere in contatto medici e pazienti sono sempre più adoperate, la pandemia ha di fatto incentivato tale impiego. È infatti quasi raddoppiato, durante l'emergenza, l'uso del teleconsulto da parte dei medici specialisti e oltre 8 medici su 10 ora vorrebbero usufruire di questo strumento in futuro. È quanto emerso durante il recente evento: "La Salute connessa" promosso da Novartis, in occasione del lancio della piattaforma di telemedicina WelCare in oncologia ed ematologia

Teleconsulto, televisita, telemonitoraggio, ma anche applicazioni digitali per la salute e canali digitali per la collaborazione tra medici di diverse strutture ospedaliere, oltre all'utilizzo diffuso del fascicolo sanitario elettronico. Questi sono solo alcuni degli strumenti di telemedicina che stanno cambiando la fisiologia della sanità. Se ne è discusso nell'ambito dell'evento "La Salute Connessa", promosso da Novartis, in occasione del lancio della piattaforma di telemedicina WelCare in oncologia ed ematologia, che ha messo in collegamento centri e medici specialisti di tutta Italia, per favorire lo scambio di informazioni e migliorare la gestione di pazienti con malattie come il tumore al seno, il melanoma, le neoplasie mieloproliferative croniche (MPN), la mastocitosi, la leucemia mieloide cronica (CML), ma anche pazienti candidati al trattamento con CAR-T. Sulla base di questa esperienza, Novartis, ha deciso di estendere il progetto e ha annunciato l'ampliamento della piattaforma WelCare, per mettere in collegamento medici specialisti, che in tutta Italia si occupano, oltre che di CAR-T, anche di pazienti con altre patologie oncologiche ed ematologiche. Inoltre è stata messa già in campo la ricerca di nuovi strumenti per raggiungere direttamente il paziente sul territorio, a supporto di ambiti come quello della Medicina Generale.

► I dati

Al centro dell'incontro, che ha coinvolto esperti del mondo scientifico, rappresentanti delle istituzioni e delle associazioni pazienti, i dati dell'analisi realizzata dall'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della *School of Management* del Politecnico di Milano. Tale analisi ha messo in evidenza quanto la pandemia abbia favorito l'utilizzo di piattaforme digitali di collaborazione tra medici e pazienti, con un utilizzo da parte di quest'ultimi che è aumentato di quasi 20 punti percentuali durante l'emergenza (da 11% a 30%). Oggi l'82% dei pazienti intervistati dichiara di volere utilizzare in futuro queste piattaforme. I dati dell'Osservatorio Digitale rivelano infatti che tra i medici specialisti è alta la propensione all'utilizzo della telemedicina, con l'81% degli intervistati che vorrebbe ricorrere al teleconsulto e oltre 6 medici su 10 che vorrebbero utilizzare strumenti di tele-visita e di tele-monitoraggio.

La pandemia - come ha precisato **Paolo Locatelli**, responsabile scientifico Osservatorio innovazione digitale in sanità, nel corso dell'evento - ha favorito l'utilizzo di piattaforme digitali di collaborazione tra medici e pazienti, con un utilizzo da parte dei pazienti italiani salito di quasi 20 punti percentuali durante l'emergenza (da 11% a 30%). Anche tra i medici

specialisti la pandemia ha favorito il ricorso agli strumenti del teleconsulto (con un aumento dal 21% al 47% di utilizzo), della tele-visita, utilizzata durante l'emergenza dal 39% dei medici specialisti (rispetto al 13% che la utilizzava prima del Covid) e, infine, degli strumenti di telemonitoraggio, che sono passati dal 13% al 28% di utilizzatori.

Tra gli italiani che utilizzano applicazioni digitali per la salute, quasi la metà (46%) ha dichiarato di sentirsi più consapevole della propria patologia e della propria salute in generale e il 42% ritiene di avere dalle app un supporto per rispettare il proprio piano di cura. Le applicazioni più utilizzate risultano essere quelle dedicate allo stile di vita, usate dal 33% degli intervistati, seguite dalle app che ricordano l'assunzione di farmaci (22%) e quelle che aiutano a tenere sotto controllo i parametri clinici (21%).

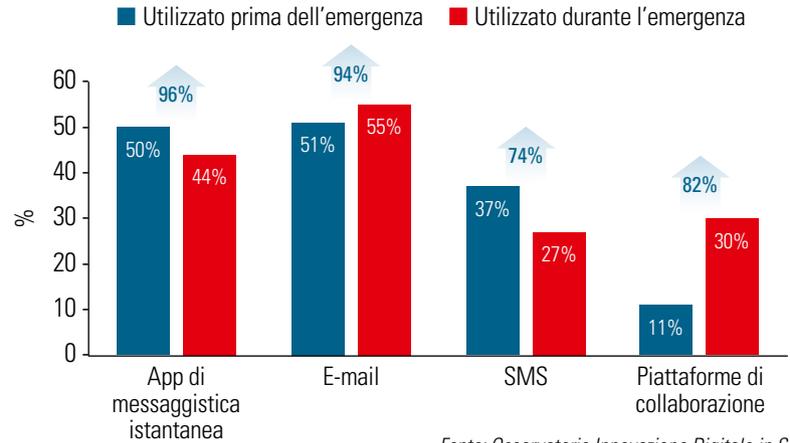
Dall'analisi dell'Osservatorio emerge inoltre un'alta propensione dei pazienti in Italia a utilizzare canali di comunicazione digitale per interfacciarsi con il proprio medico. Le applicazioni di messaggistica istantanea riscuotono il maggior successo, con la quasi totalità dei pazienti intervistati (96%) che si dichiara propenso a usarlo in futuro e con la metà del campione già avvezzo all'uso di questi strumenti di comunicazione (50%) prima dell'emergenza pandemica.

► Nuove opportunità

La telemedicina, secondo quanto sottolineato da **Fabrizio Pane**, professore ordinario di ematologia all'Università Federico II di Napoli e direttore di ematologia della stessa azienda ospedaliera Universitaria, apre anche a nuove possibilità di gestione della pratica clinica, a partire dalla sistematizzazione di grandi quantità di dati. "L'utilizzo nella pratica clinica di tecnologie digitali - dice l'ematologo - permette la raccolta e la gestione di Big Data, di valore scientifico e clinico, che in futuro avranno un ruolo sempre più importante anche per informare le decisioni diagnostiche e terapeutiche. Piattaforme di scambio tra medici specialistici, come WelCare, permettono di sviluppare nuovi modelli di organizzazione della pratica clinica, in un'ottica più collaborativa ed efficace".

Per **Saverio Cinieri**, Presidente eletto Aiom, attraverso la digitalizzazione dei vari aspetti della pratica clinica, dall'accesso condiviso alla cartella clinica, allo scambio di file e tool per la discussione multidisciplinare, la piattaforma WelCare favorisce la gestione condivisa del paziente tra più medici sul territorio, con vantaggi in termini di qualità della cura e gestione delle risorse sanitarie. "La gestione di pazienti come quelli oncologici - ha dichiarato Cinieri - passa da percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali complessi, che spesso richiedono la stretta collaborazione tra centri specialistici e centri di trattamento sul territorio. Con la telemedicina questa logica viene semplificata e migliorata, perché grazie alle tecnologie digitali possiamo far viaggiare il dato e non il paziente, con notevoli risparmi e con un impatto significativo sulla vita dei pazienti e delle loro famiglie". In primo piano, quindi, il paziente, che diventa protagonista sempre più attivo della propria salute.

Pazienti: i canali di comunicazione digitale tra pazienti e medici



Fonte: Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano

► Il paziente al centro

"Con la telemedicina il paziente viene messo al centro della cura e del Ssn in un modo nuovo - commenta **Antonio Gaudio**, Presidente di Cittadinanzattiva - cambiando il suo ruolo, il rapporto con il medico e favorendo la semplificazione, a vantaggio della qualità e della continuità dell'assistenza. Abbiamo di fronte un importante strumento per ridurre le disuguaglianze, superare le barriere e favorire un accesso più equo da parte di tutti i pazienti a cure di qualità. Per realizzare appieno questo potenziale di equità dobbiamo innanzitutto affrontare questioni che riguardano la digitalizzazione dei cittadini, la trasparenza di gestione e la tutela della *privacy* dei pazienti. La telemedicina mette al

centro il paziente in un modo nuovo, cambiando il suo ruolo, il rapporto con il medico e favorendo la semplificazione, a vantaggio della qualità e della continuità dell'assistenza".

"Molte tecnologie oggi non sono state incrementate per problemi normativi, dunque - ha aggiunto Gaudio - c'è bisogno di ridurre la *gap* tra quella che è la possibilità di usare la telemedicina e l'introduzione di questa nella quotidianità. In alcuni casi si tratta solo di codifiche delle prestazioni, di tipologia di rimborso, di equiparazione con prestazioni tradizionali con prestazioni tradizionali e far rientrare nell'utilizzo ordinario quanto sperimentato in pandemia - ha concluso Gaudio - questo permetterà un'assistenza più prossima al cittadino e anche più umana e appropriata".

L'impegno delle Regioni

"La telemedicina è fondamentale per i servizi sanitari regionali. Molte Regioni hanno provato già a sperimentare diverse soluzioni per diverse prestazioni da erogare, da remoto, ai pazienti. Tutto questo ha molti vantaggi. Tra questi il primo è quello di riuscire a garantire un'assistenza qualitativa nonostante la distanza, in particolare in alcuni territori. La possibilità di un monitoraggio costante del paziente comporta anche un alleggerimento dell'intero sistema sanitario rispetto a prestazioni da dover eseguire, poi, in casi di peggioramenti della persona e della sua qualità di vita". Motivo per cui, "le Regioni sono estremamente interessate a sviluppare la telemedicina". È quanto dichiarato, durante l'evento 'La salute connessa' da **Massimiliano Fedriga**, presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

Emergenza, italiani soddisfatti della gestione del Ssn

Il lavoro svolto dal Servizio Sanitario Nazionale nella gestione della pandemia viene, nel complesso, riconosciuto dai cittadini. È soltanto il 23 per cento della popolazione a dichiararsi non soddisfatto dell'assistenza ricevuta, con significative differenze riscontrate tra le Regioni. Questi alcuni dei dati evidenziati durante il recente evento del Laboratorio MeS della Scuola Sant'Anna: "Resilienza e valutazione della performance: i risultati conseguiti nel 2020 dai sistemi sanitari di dieci regioni italiane e due province autonome in tempi di pandemia da Covid-19"

Valutare la *performance* dei sistemi sanitari regionali anche in un anno particolarissimo come il 2020 quando, per la prima volta, sono stati travolti dallo *tsunami* della pandemia da Covid-19. È stata questa la sfida accolta dal "Network delle Regioni", in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna, che oggi conta sull'adesione di 10 Regioni e di due Province autonome. Una sfida che punta a utilizzare le evidenze quantitative, i numeri, ancora una volta come strumento di miglioramento, per imparare sempre di più a rispondere anche alle emergenze inaspettate come, nel 2020, si è rivelata la pandemia da Covid 19.

► I dati

Il buon lavoro svolto dal Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) nella gestione della pandemia viene, nel complesso, riconosciuto dai cittadini. È soltanto il 23 per cento della popolazione a dichiararsi non soddisfatto dell'assistenza ricevuta, con significative diffe-

renze riscontrate tra le Regioni, oscillando dal 37% della Basilicata al 12.6% del Veneto, fino ad arrivare al 9.7% della Provincia autonoma di Trento. Si tratta di dati importanti, che restituiscono una fotografia dai contorni ancora più chiari. Chi ha partecipato al questionario e ha avuto un contatto con il Covid-19 risulta, in media, più soddisfatto dell'assistenza ricevuta dal Servizio Sanitario Nazionale rispetto a chi non hanno avuto un contatto con il virus. Il dato dimostra come chi è stato preso in carico dal sistema sanitario tende a riconoscere e a valutarne l'operato in modo più positivo.

Se il termine "resilienza" è ora al centro del dibattito pubblico, misurare la capacità di risposta del nostro Sistema sanitario allo *shock* pandemico significa inoltre monitorare in quale misura esso sia stato capace di garantire l'erogazione dei servizi non procrastinabili, ovvero di quelle prestazioni non differibili ai mesi successivi. Come hanno già evidenziato analisi precedenti, svolte dallo stesso "Network delle

Regioni", i cali per tante prestazioni sono significativi ma l'ampia variabilità tra le Regioni permette di apprezzare come le specifiche scelte organizzative si siano tradotte in *performance* diverse, in termini di resilienza.

► I sistemi sanitari regionali hanno retto

Dalle vaccinazioni alle prestazioni ambulatoriali, dagli screening oncologici ai ricoveri ospedalieri: la tenuta dei volumi erogati nel 2020, a confronto con quelli del 2019, è finita sotto la lente di ingrandimento del "Network delle Regioni". Alcuni esempi. I volumi riferiti agli interventi chirurgici per tumore alla mammella (classe di priorità A) segnano un calo superiore al 20% per Liguria, Piemonte, Basilicata e Trento ma una sostanziale stabilità o anzi un leggero incremento rispetto al 2019 in Friuli Venezia Giulia, nelle Marche e a Bolzano; il numero di accessi domiciliari (ADI/ADP) cala rispetto al 2019 del 18 e del 16% rispettivamente in Puglia e in Toscana, ma meno del 3% in Friuli Venezia Giulia e a Trento; il

numero di visite cardiologiche di controllo si riduce di più del 40% a Bolzano, in Basilicata e in Umbria, mentre si attesta sul 20% in Toscana, a Trento e in Veneto (-18%).

In riferimento ad alcuni servizi poi si registra una sostanziale tenuta dei sistemi sanitari regionali; in riferimento alle vaccinazioni pediatriche, ad esempio, i cali sono decisamente contenuti. Quasi ovunque aumentano le vaccinazioni antinfluenzali per persone di età superiore ai 65 anni, a riprova di una maggiore propensione da parte della popolazione e di una attenzione da parte delle strutture sanitarie.

Oltre agli indicatori di valutazione di *performance* più tradizionali, hanno trovato spazio anche nuove e attuali aree di analisi, strettamente collegate alla rispondenza dei sistemi sanitari regionali alle nuove sfide poste dalla pandemia.

Tra queste, l'accessibilità *online* delle informazioni sulla vaccinazione anti-Covid-19, che valuta la capacità delle aziende sanitarie di veicolare attraverso i propri siti internet le preziose informazioni inerenti alla campagna vaccinale contro il Covid-19.

► **Metodi e team di ricerca**

Questi, in sintesi, i dati più significativi, presentati durante l'evento "Resilienza e valutazione della *performance*: i risultati conseguiti nel 2020 dai sistemi sanitari di dieci regioni italiane e due province autonome in tempi di pandemia da Covid-19", illustrati dal *team* di ricerca della Scuola Superiore Sant'Anna coordinato dalla professoressa Milena Vainieri e dal dottor Federico Vola durante il seminario *online*, orga-

nizzato dal Laboratorio MeS Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna, a cui hanno partecipato anche il dottor Domenico Mantoan, direttore generale di Agenas e Sabina Nuti, rettrice della Scuola Superiore Sant'Anna. Il lavoro svolto dal "Network delle Regioni", che include su base volontaria dieci regioni italiane (Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Marche, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto, Lombardia e Piemonte) e le due province autonome di Trento e di Bolzano, permette di fornire a ciascuna Regione una sintesi dei risultati conseguiti, messi a confronto con quelli delle altre, di certo non con uno spirito competitivo ma collaborativo, attraverso un processo di condivisione inter-regionale.

Il metodo con cui è stata misurata la *performance* tiene conto della pandemia da Covid-19 e include, per questa edizione, molti indicatori che misurano la capacità di resilienza, ovvero di tenuta e risposta all'emergenza. L'obiettivo dei dati è individuare e valorizzare i sistemi sanitari che abbiano dato prova di maggiore capacità di resilienza e, al tempo stesso, individuare le aree rispetto alle quali si siano registrati cali di offerta nel corso del 2020. A questi ambiti deve essere infatti data priorità nel pianificare il rilancio del sistema, per rispondere in maniera proattiva a quelle necessità dei cittadini, che siano stati trascurati durante le principali fasi di recrudescenza della pandemia da Covid-19.

► **Il "Network delle Regioni"**

Il "Network delle Regioni" ha quindi risposto alla sfida di ana-

lizze le proprie *performance* nel 2020, ridisegnando e integrando lo strumento che negli anni aveva sviluppato per valutare i propri risultati.

Ha inoltre indagato la valutazione del gradimento dei servizi sanitari durante la pandemia da Covid-19 da parte della popolazione italiana, attraverso un'indagine che coinvolto più di 12mila intervistati. Nel complesso, più di 70 nuovi indicatori hanno affiancato i 350 (per un totale di 420) che, negli anni scorsi, componevano il sistema di valutazione, proprio per monitorare gli andamenti regionali rispetto all'erogazione delle prestazioni sanitarie.

"Ancora una volta le Regioni che aderiscono al Network - commenta **Sabina Nuti** rettrice della Scuola Superiore Sant'Anna - hanno dimostrato una grande maturità politica nella loro scelta di non saltare l'appuntamento della valutazione, attente ai problemi emersi nel 2020 ma anche consapevoli che il sistema sanitario italiano, proprio nei mesi caldi della pandemia da Covid-19, ha dato il massimo ed è grazie al lavoro instancabile dei professionisti sanitari molte vite sono state salvate.

I numeri sono alla base di un sano processo di confronto e di apprendimento e di miglioramento, mai esaustivi ma certamente capaci di segnalare come orientare l'azione".

- **Network delle Regioni:** presentazione dei risultati 2020 del Sistema di Valutazione dei Sistemi Sanitari Regionali

<https://www.youtube.com/watch?v=jlxXpUAjWtQ>

Il prezzo del Covid-19 pagato dal nostro Paese

Riduzione dell'aspettativa di vita che cala, in un anno, di tutto il guadagno ottenuto nel decennio precedente; aumentata mortalità per cause quali demenze e diabete. Questo il prezzo che sta pagando l'Italia a oltre un anno dall'inizio della pandemia secondo i dati del nuovo Rapporto dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane che ha valutato indicatori di performance dei servizi sanitari regionali

Secundo il Rapporto 2020 di Osservasalute, l'Italia sta pagando un prezzo alto a oltre un anno dall'inizio della pandemia, che per fortuna, grazie all'aumento della temperatura e alla campagna vaccinale sta allentando la presa come testimoniato dalla sensibile riduzione del numero di nuovi contagi giornalieri, dei decessi e dei ricoveri nelle terapie intensive. In Italia nel 2020 ci sono stati oltre 746 mila decessi, un numero decisamente elevato osservando la serie storica degli ultimi 10 anni, con un incremento di oltre 101 mila decessi rispetto all'anno precedente. Il Covid-19 ha bruciato 10 anni di guadagni in aspettativa di vita: si osserva, infatti, una riduzione consistente della speranza di vita alla nascita tanto da annullare i guadagni ottenuti nel decennio precedente. A livello nazionale la variazione tra il 2019-2020 di questo indicatore è stato pari a -1,4 anni per gli uomini e -1,0 anni per le donne.

L'analisi della mortalità da Covid-19, depurata dalla struttura per età della popolazione, evidenzia che la Valle d'Aosta (246,1 decessi per 100.000 abitanti) e la Lombardia (208,6 per 100.000) hanno

sperimentato una mortalità più che doppia rispetto a quella media nazionale (103,9 per 100.000). La pandemia ha concorso al peggioramento delle condizioni di salute di persone in condizione di particolare fragilità, come dimostra l'aumento, rispetto alla media 2015-2019, di altre cause di morte, quali demenze (+49%), cardiopatie ipertensive (+40,2%) e diabete (+40,7%).

► Regioni e gestione dei contagiati

Lazio e Sicilia, sono le due Regioni con la prevalenza dei contagi più bassa rispetto alla media, ma hanno fatto maggiore ricorso all'ospedalizzazione; al contrario il Veneto, una delle zone maggiormente colpite dai contagi, ha gestito, più di ogni altra, i pazienti a domicilio.

La campagna di vaccinazione ha scontato ritardi dovuti alla disponibilità delle dosi dei vaccini; fino al 7 giugno 2021 sono state somministrate oltre 38 milioni di dosi di vaccino, 13 milioni di persone vaccinate, delle quali il 21% ha completato il ciclo vaccinale. Complessivamente, sono state buone le *performance* regionali rispetto alla percentuali di somministrazione

dei vaccini in relazione alle dosi disponibili: quasi il 91% a livello nazionale, Umbria, Lombardia e Marche con il 93% sono le Regioni più virtuose; Sardegna (84%), PA di Trento, Lazio e Valle d'Aosta (88%) quelle con la quota più bassa.

“Nel nostro Paese, il Ssn ha mostrato i suoi limiti, vittima della violenza della pandemia, ma anche delle scelte del passato che hanno sacrificato la sanità in nome dei risparmi di spesa”, ha affermato il professor **Walter Ricciardi**, direttore scientifico degli Istituti clinici Maugeri e consulente del Ministro Speranza, commentando i dati del Rapporto di Osservasalute. “Ci vogliono più risorse e innovazione, perché la fragilità del Sistema è apparsa in tutta la sua drammaticità durante questa pandemia. Si deve tornare a investire nella ricerca, perché l'innovazione tecnologica porta externalità positive in tutte i settori dell'economia” precisa il professor Ricciardi.

“La *performance* delle Regioni nella gestione della pandemia è stata molto disomogenea, lo testimonia la variabilità del numero dei contagi, del numero dei decessi e delle persone che hanno dovuto

far ricorso alle terapie intensive. Quando questa esperienza sarà finita, si dovranno analizzare i motivi di queste differenze, tentando di trarne insegnamenti che torneranno utili per migliorare il nostro Ssn, ha sottolineato il dottor **Alessandro Solipaca**, Direttore scientifico dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane.

“Un altro monito per il futuro - evidenza Solipaca - è che l'emergenza sanitaria ha messo in contrapposizione gli scienziati con i politici, questo ha limitato l'efficacia delle azioni di contrasto della pandemia influenzando sui comportamenti dei cittadini che molto spesso non si sono mostrati collaborativi con le misure suggerite dagli esperti, contribuendo a una maggiore diffusione del virus”.

Per gli esperti un primo insegnamento sembra essere stato recepito, come dimostra il fatto che la politica si è convinta ad aumentare le risorse economiche a disposizione del Ssn. Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard per il 2021 cui concorre lo Stato è stato portato a 121 miliardi di euro, la legge di bilancio 2021 ha stabilito che tale finanziamento sarà incrementato di 823 milioni di euro per l'anno 2022, di 527 milioni di euro per ciascuno degli anni 2023, 2024 e

2025 e di 418 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026.

Di buon auspicio anche il contenuto del recente documento sul Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Pnrr) che riconosce l'importanza del ruolo dell'assistenza sul territorio, la quale costituisce la prima linea di difesa del Ssn. Allo stesso modo, per gli esperti, è da ritenere incoraggiante il crescente utilizzo di strumenti tecnologici in grado di semplificare la gestione del sistema, come testimoniano le numerose iniziative digitali per la facilitazione della gestione dei pazienti durante il periodo pandemico, sia durante la fase di confinamento, sia in fase di uscita dal *lockdown*.

► Le tre fasi della pandemia

In questo Rapporto sono presentati gli indicatori che hanno caratterizzato la pandemia, in termini di contagi, presa in carico dei malati e processo di immunizzazione. Inoltre, sono avanzate alcune prime valutazioni sull'impatto sulla mortalità e le conseguenze in termini di speranza di vita.

“Ripercorrendo con i numeri la storia di questa emergenza pandemica - ha affermato il dottor Solipaca - possiamo dire che la sua dinamica è stata caratterizzata da tre fasi distinte. La fase iniziale interessa soprattutto le re-

gioni del Nord, l'incidenza giornaliera raggiunge il suo massimo il 21 marzo 2020 con 6.557 casi, per poi decrescere fino a un minimo di 114 contagi a metà luglio. A partire dai primi di agosto i casi sono tornati a crescere lentamente fino alla seconda metà di agosto dove la crescita si fa più intensa, dando inizio alla seconda fase della pandemia”.

“La seconda fase - continua l'esperto - colpisce il Paese in maniera più omogenea, pur restando le regioni del Nord quelle più colpite. I contagi tornano a crescere molto più velocemente (il 13 novembre l'incidenza raggiunge il suo apice sfiorando i 41.000 casi), il numero di contagiati complessivi dall'inizio della pandemia raggiunge i 664 mila casi e i decessi superano le 44.000 unità. Successivamente, la curva dei contagi inizia la discesa e, dopo un piccolo rimbalzo nel periodo natalizio, si stabilizza e oscilla intorno a una incidenza giornaliera di circa 11.000 casi. Dalla seconda metà di febbraio 2021 si assiste a una nuova fase nella quale i contagi tornano a crescere con maggiore intensità fino a tornare a circa 27.000 positivi giornalieri il 12 marzo. Attualmente la curva dei nuovi contagiati mostra evidenti segni di decrescita, sia pur con una elevata variabilità e un andamento lento”.

La risposta dell'assistenza territoriale

“Nella gestione dell'evento epidemico acuto - specifica il Rapporto Osservasalute 2020 - l'Assistenza Territoriale costituisce la prima linea di difesa del Ssn. Essa

infatti, se ben preparata e supportata, può ridurre la diffusione dei contagi ed il sovraccarico dei servizi ospedalieri, promuovendo le misure di Sanità Pubblica, trattan-

do a domicilio ove possibile e controllando l'accesso ai livelli di assistenza superiori. D'altra parte, accanto alla presenza di un evento infettivo acuto restano sempre presenti le condizioni croniche, per le quali è fondamentale riuscire a proseguire il più possibile il programma di assistenza predefi-

nito. A tal fine, i professionisti dell'Assistenza Territoriale possono, se adeguatamente supportati, ristrutturare la loro attività in modo tale da mantenere un adeguato contatto con i pazienti che necessitano di un proseguimento dell'assistenza.

I professionisti dell'Assistenza Territoriale si trovano, oltretutto, in una posizione ideale per la messa in campo di forme di ospedalizzazione a domicilio, che possono evitare l'accesso alle strutture ospedaliere (rischioso in contesto epidemico).

Infine, al termine dell'evento epidemico acuto l'Assistenza Territoriale si trova ad affrontare numerose conseguenze dirette (sequele dell'infezione, morti premature, lutti familiari etc.) ed indirette (mancato trattamento di altre condizioni acute, malattie croniche non controllate, riduzione dell'accesso alla medicina preventiva, aumento di dipendenze e problematiche di tipo psicologico/psichiatrico, peggioramento delle condizioni sociali).

Secondo quanto evidenziato dal Rapporto Osservasalute 2020, l'arrivo dell'epidemia da SARS-CoV-2 ha innescato in molti contesti una riorganizzazione dei servizi territoriali ed ospedalieri, seppure nella varietà di contesti normativi e di risorse. Ad esempio, si è assistito ad una accelerazione sulla utilizzazione o nuova creazione di strumenti tecnologici in grado di semplificare la gestione dell'attività professionale, anche nel contesto dell'Assistenza Primaria. In Italia, il clima normativo si sta mostrando molto favorevole all'introduzione e all'utilizzo di nuove tecnologie.

Nel nostro Paese, dal 1 marzo 2020 sono state avviate oltre 170

iniziative digitali per la facilitazione della gestione dei pazienti durante il periodo pandemico sia durante la fase di confinamento sia in fase di uscita dal *lockdown*; ormai circa il 70% di queste iniziative è destinato a pazienti non Covid-19. Per fare qualche esempio concreto, varie regioni hanno sviluppato applicazioni e piattaforme che facilitano la connessione dei pazienti con gli operatori sanitari.

Nell'implementazione di nuovi strumenti digitali rimangono, tuttavia, molti aspetti delicati. Innanzitutto, lo sviluppo tecnologico si muove rapidamente, cosa che non si può, invece, dire per il contesto politico, la pratica clinica e la produzione di evidenze. La ricerca e la valutazione degli esiti della *digital health* sono, quindi, essenziali per supportarne una implementazione sicura ed etica, promuovere l'*accountability* e giustificare gli investimenti. È essenziale dimostrare il reale valore, una volta passata l'iniziale eccitazione legata al lancio di nuove tecnologie.

Un secondo aspetto delicato è indubbiamente quello della protezione della *privacy* e sicurezza. Inoltre, va tenuto presente che le categorie di soggetti che potrebbero maggiormente beneficiare delle nuove tecnologie digitali sono spesso quelle che hanno un minor accesso a queste tecnologie (ad esempio anziani, popolazioni rurali, classi a minor reddito o inferiore livello educativo).

► Rapporto territorio-ospedale

Anche il rapporto tra territorio-ospedale ha visto molte novità organizzative nel periodo epide-

mico. Ad esempio, varie regioni hanno potenziato il ruolo delle Centrali Ospedale-Territorio come snodi organizzativi multidirezionali in grado di ottimizzare accessi e dimissioni dall'Ospedale. Inoltre, l'organizzazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (Usca), costituite da Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera e altri professionisti, ha contribuito a sviluppare una visione proattiva della prestazione medica, permettendo la gestione delle acuzie di quei pazienti Covid-19 positivi direttamente ed elettivamente presso il proprio domicilio o in strutture residenziali (11, 12).

In Emilia-Romagna, in particolare nell'Azienda di Servizi alla Persona di Parma, un ruolo importante è stato svolto dalle Unità Mobili Multidisciplinari, nate nel 2019 come modello sperimentale di integrazione tra Ospedale-Territorio. Si tratta di mini-*équipe* costituite da specialisti ospedalieri che già in tempi pre-Covid-19 si recavano presso strutture residenziali per anziani al fine di evitarne l'accesso in Ospedale.

Di fatto, durante la pandemia hanno costituito una forma di Usca con funzione di collegamento tra Ospedale e Territorio, specialmente per quanto riguarda le residenze socio-assistenziali, ed per quanto concerne le Usca, hanno contribuito a determinare una divisione per livello di specializzazione.

Il Rapporto Osservasalute 2020 completo è consultabile al link:

<https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2020>

AGGIORNAMENTI



■ **DIABETOLOGIA**

Prediabete e rischio di eventi cardiovascolari

■ **ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL METABOLISMO**

Covid-19: adiposità viscerale e risposta anticorpale al vaccino

■ **GASTROENTEROLOGIA**

Raccomandazioni per il danno epatico farmaco-indotto

■ **GEROSCIENZA**

Longevità e capacità di riparazione del DNA

■ **IPERTENSIONE ARTERIOSA**

Benefici della riduzione farmacologica della PA

■ **PREVENZIONE**

Strategie per evitare un secondo stroke o un TIA

■ DIABETOLOGIA

Prevenire il prediabete per ridurre il rischio di eventi CV

La condizione di prediabete predispone al rischio di infarto, ictus o altri eventi cardiovascolari maggiori. Il messaggio è emerso da una ricerca presentata nel corso del recente American College of Cardiology's 70th Annual Scientific Session. I ricercatori hanno affermato che i risultati del loro studio dovrebbero servire da campanello d'allarme per medici e pazienti per cercare di prevenire il prediabete.

"Tendiamo a trattare il diabete come un importante problema. Ma abbiamo scoperto che il prediabete stesso può aumentare in modo significativo le possibilità di avere un grave evento cardiovascolare, anche se tale condizione non progredisce verso il diabete. Invece di prevenire il diabete, dobbiamo spostare l'attenzione alla prevenzione del prediabete", ha affermato Adrian Michel, del Beaumont Hospital di Royal Oak, Michigan, tra gli autori della ricerca.

► Studio retrospettivo

Il team ha analizzato retrospettivamente 25.829 soggetti di tutte le età (tra 18 e 104 anni) del Beaumont Health System dal 2006 al 2020 che presentavano prediabete o livelli normali di HbA1c.

I risultati hanno mostrato che l'incidenza di eventi cardiovascolari

avversi maggiori, definiti come accidente cerebrovascolare, IM, angina instabile o ACS nel gruppo prediabete era notevolmente superiore al gruppo di controllo.

In particolare in un follow-up mediano di cinque anni gli eventi cardiovascolari maggiori si sono verificati nel 18% delle persone con prediabete rispetto all'11% del gruppo con livelli normali di glicemia. La relazione tra livelli più elevati di glicemia ed eventi cardiovascolari è rimasta significativa anche dopo aver considerato altri fattori che potrebbero avere un ruolo (età, sesso, indice di massa corporea, pressione arteriosa, colesterolo, apnea notturna, fumo e patologie delle arterie periferiche).

► Considerazioni

Secondo i ricercatori, i risultati dello studio mostrano l'importanza dello screening dei valori glicemici, perché i soggetti con prediabete solitamente sono asintomatici.

"Sulla base dei nostri dati, la presenza di valori glicemici alterati - prediabete - ha quasi raddoppiato la possibilità di un evento cardiovascolare avverso maggiore, che rappresenta 1 decesso su 4 negli Stati Uniti - ha affermato Michel. Come medici, dobbiamo dedicare più tempo all'educazione dei nostri

pazienti sul rischio di livelli elevati di glucosio nel plasma e su cosa significa per la loro salute CV. Inoltre andrebbe considerato di iniziare un adeguato trattamento precoce o in modo più aggressivo e fornire la consulenza sulla modifica dei fattori di rischio, compresi i consigli sull'esercizio fisico e l'adozione di una dieta sana".

Di particolare interesse è stata l'evidenza che anche quando i pazienti nel gruppo prediabete erano in grado di riportare i livelli glicemici alla normalità, il rischio di un evento CV era ancora abbastanza alto. Gli eventi si sono verificati in circa il 10.5% di questi pazienti rispetto al 6% di quelli senza diabete o prediabete.

"Anche se i livelli di glucosio sono tornati nella norma, il rischio più elevato di avere un evento non è cambiato, quindi prevenire il prediabete dall'inizio potrebbe essere l'approccio migliore".

Una precedente metanalisi su 129 studi che hanno coinvolto oltre 10 milioni di individui, condotta per determinare l'effetto del prediabete sulle persone con e senza malattia CV aterosclerotica, aveva evidenziato che tale condizione si associa a un aumento della mortalità per tutte le cause e di patologie CV nella popolazione generale e il rischio è particolarmente elevato per i pazienti con aterosclerosi.

BIBLIOGRAFIA

- Prediabetes may not be as benign as once thought. www.acc.org/about-acc
- BMJ 2020; 370:m2297

■ ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL METABOLISMO

Covid-19: adiposità viscerale e risposta anticorpale al vaccino

■ **Angela Balena, Mikiko Watanabe**

Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Fisiopatologia Medica, Scienza dell'Alimentazione e Endocrinologia, Sapienza Università di Roma

Abbiamo di recente dimostrato che l'eccesso di tessuto adiposo viscerale è strettamente associato ad un maggior rischio di intubazione in caso di Covid-19¹, spiegando almeno parzialmente il meccanismo alla base della nota peggior prognosi del paziente con obesità².

Con lo sviluppo di una vaccinazione efficace si è tirato un respiro di sollievo, ma, fin dall'inizio, la sua efficacia nel paziente in eccesso ponderale è stata messa in dubbio.

► **Criticità dell'Indice di Massa Corporea**

Gli studi di registrazione, stratificati per Indice di Massa Corporea (IMC), non hanno evidenziato una differenza nella sottopopolazione con obesità, ma tale indice non è sempre affidabile nel predire il reale eccesso di grasso, la vera definizione dell'obesità secondo l'OMS. Al contrario, la circonferenza vita, indicatore di adiposità viscerale, sembra essere più attendibile nell'identificare i soggetti maggiormente a rischio di sviluppare le complicanze dell'eccesso ponderale.

Il nostro nuovo studio, condotto su 86 operatori sanitari dell'Ospedale Policlinico Umberto I di Roma sottoposti a vaccino mRNA Pfizer/BioNTech per Covid-19, dimostra come l'obesità viscerale sia una condizione legata, oltre ad una prognosi peggiore a seguito di infezione da SARS CoV-2, anche allo sviluppo di una minore risposta anticorpale a seguito del vaccino, indipendentemente dall'IMC³.

Questo risultato non sorprende: l'obesità si associa ad anergia immunologica a seguito della somministrazione di alcuni vaccini, e a maggior rischio di infezione anche quando sembra essere presente una robusta sierconversione⁴.

Dal nostro studio è emerso inoltre che anche l'abitudine tabagica e l'ipertensione arteriosa potrebbero essere fattori correlati ad un titolo anticorpale più basso rispetto ai soggetti sani, probabilmente a causa dei disordini metabolici e della disfunzione immunitaria che caratterizza queste condizioni³.

► **Conclusioni**

È quindi importante tenere in considerazione il fatto che differenti popolazioni potrebbero rispondere diversamente al vaccino, ed in particolare che condizioni quali l'obesità centrale, il fumo e l'ipertensione arteriosa, oltre a rappresentare un rischio per la salute di per sé, potrebbero ridurre l'efficacia degli interventi ad oggi disponibili per fronteggiare la minaccia globale del virus SARS CoV-2. Pertanto, se quanto da noi osservato venisse confermato, potrebbe rendersi utile un rimodellamento del calendario vaccinale per le categorie più a rischio, al fine di garantire una ottimale e duratura protezione.

BIBLIOGRAFIA

1. Watanabe M, Caruso D, Tuccinardi D et al. Visceral fat shows the strongest association with the need of intensive care in patients with COVID-19. *Metabolism - Clinical and Experimental* 2020; vol. 111, 154319
2. Watanabe M, Risi R, Tuccinardi D et al. Obesity and SARS-CoV-2: A population to safeguard. *Diabetes Metab Res Rev* 2020; e3325. doi: 10.1002/dmrr.3325.
3. Watanabe M, Balena A, Tuccinardi D et al. Central obesity, smoking habit, and hypertension are associated with lower antibody titres in response to COVID-19 mRNA vaccine. *Diabetes Metab Res Rev* 2021; doi: 10.1002/dmrr.3465.
4. Painter SD, Ovsyannikova IG, Poland GA. The weight of obesity on the human immune response to vaccination. *Vaccine* 2015; 33(36): 4422-29.

■ GASTROENTEROLOGIA

Raccomandazioni per il danno epatico farmaco-indotto

Il danno epatico indotto da farmaci (DILI - *Drug-induced liver injury*) è tra le problematiche cliniche più complesse da diagnosticare e curare. Le DILI sono classificate come ADR intrinseche o ADR idiosincrasiche, ovvero che si verificano in individui suscettibili, hanno latenza variabile e spesso prolungata (da diverse settimane fino ad un anno) e sono generalmente inaspettate, non correlate al meccanismo d'azione del farmaco. Una DILI può avere molteplici presentazioni, che vanno da aumenti asintomatici nelle biochimiche epatiche all'ittero epatocellulare o colestatico, all'insufficienza epatica o epatite cronica.

A supporto della pratica clinica l'American College of Gastroenterology ha emesso nuove raccomandazioni per la diagnosi e la gestione del danno epatico dei pazienti con sospetta DILI idiosincrasica.

"Nel mondo occidentale negli ultimi 25 anni c'è stato un aumento di otto volte nella frequenza di pazienti con insufficienza epatica acuta a causa di integratori a base di erbe e dietetici che devono essere inseriti nella lista d'attesa del trapianto di fegato e le DILI dovute agli inibitori del checkpoint immunitario sono un problema crescente. Il riconoscimento tempestivo è importante perché la terapia con corticosteroidi può essere efficace" - ha spiegato Naga P.

Chalasani, primo autore delle LG. DILI è una diagnosi di esclusione, richiede un'attenta anamnesi e può essere difficile da diagnosticare. Il riconoscimento tempestivo e l'interruzione tempestiva dell'agente sospetto sono fondamentali per prevenire complicazioni gravi come insufficienza epatica, trapianto di fegato o morte".

► **Raccomandazioni**

Sospetta DILI epatocellulare o mista

- L'epatite virale acuta e l'epatite autoimmune dovrebbero essere escluse con sierologie standard e test HCV RNA.
- Il test anti-HEV IgM può essere considerato in pazienti selezionati in cui vi è un accresciuto sospetto clinico.
- Se l'epatite virale è stata esclusa o se caratteristiche cliniche come la linfocitosi atipica e la linfadenopatia suggeriscono tali cause eseguire il test per citomegalovirus acuto, virus acuto di Epstein-Barr, virus dell'herpes simplex acuto.
- Quando clinicamente appropriato i pazienti devono essere valutati per la malattia di Wilson e la sindrome di Budd-Chiari.

Sospetta DILI colestatica

- L'imaging addominale deve essere eseguito per escludere patologie delle vie biliari e processi infiltrativi.

- In soggetti che all'imaging addominale non presentano evidenti patologie delle vie biliari eseguire test sierologici limitati per la colangite biliare primitiva.

- Limitare la colangiografia retrograda endoscopica nei casi in cui l'imaging di routine non sia in grado di escludere calcoli del dotto biliare comune, colangite sclerosante primaria o neoplasie pancreatico-biliari.

Biopsia epatica

La biopsia epatica dovrebbe essere eseguita in presenza di:

- Epatite autoimmune ad un'eziologia concorrente e se è prevista una terapia immunosoppressiva.
- Aumento dei segni biochimici epatici o di peggioramento della funzionalità epatica nonostante l'interruzione dell'agente sospetto.
- Livello di picco di ALT non sia diminuito dello 0,5% a 30-60 giorni o se il picco di fosfatasi alcalina non sia diminuito dello 0,5% a 180 giorni in caso di DILI colestatica nonostante l'interruzione dell'agente sospetto.
- Se è contemplato l'uso continuato o la riesposizione all'agente implicato.
- Se le anomalie biochimiche epatiche persistono oltre i 180 giorni, soprattutto se associate a sintomi o segni, è necessario considerare la biopsia per valutare la presenza di malattie epatiche croniche e DILI croniche.

BIBLIOGRAFIA

- Chalasani NP, Maddur H, Russo MW, Wong RJ, Reddy KR; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Idiosyncratic Drug-Induced Liver Injury. *Am J Gastroenterol* 2021; 116(5): 878-898.

■ GEROSCIENZA

Longevità e capacità di riparazione del DNA

La prospettiva della geroscienza suggerisce di considerare l'invecchiamento come il principale fattore di rischio comune per diverse malattie e condizioni croniche associate all'età (malattie cardiovascolari, ictus, DT2, ipertensione, diversi tipi di cancro o demenza). Tuttavia, pochi studi di genetica hanno seguito questa teoria per chiarire i meccanismi comuni tra l'invecchiamento e le malattie legate all'età. Recentemente un gruppo di studio guidato dai ricercatori dell'Università di Bologna ha sequenziato l'intero genoma di un campione di persone "over105", rilevando la presenza di alcune variazioni genetiche che potrebbero favorire una maggiore efficienza nei processi cellulari di risposta in caso di danno al DNA.

► **Ricerca**

La popolazione esaminata era composta da 81 semi-supercentenari e supercentenari (oltre 105 e 110 anni di età) provenienti da tutta Italia. Il loro genoma è stato poi messo a confronto con quello di 36 persone in buona salute (età media 68 anni) provenienti dalle stesse aree. I risultati sono stati raffrontati con un'altra precedente analisi (condotta dagli stessi autori), che aveva studiato i genomi di 333 italiani che hanno superato i 100 anni di età e di 358 persone con un'età media di 60 anni.

Le analisi realizzate hanno permesso di individuare cinque variazioni genetiche che emergono con maggiore frequenza tra gli "over 105". In particolare, analisi bioinformatiche hanno dimostrato che queste sono legate all'aumento dell'attività di un particolare gene - noto come STK17A - nel cuore, nei polmoni, nel sistema nervoso e nella tiroide. Questo gene è coinvolto in tre importanti funzioni che garantiscono la salute delle cellule: il coordinamento della risposta in caso di danno al DNA, la spinta verso la morte cellulare programmata per le cellule danneggiate e il controllo di specie reattive dell'ossigeno (ROS). Si tratta di una serie di processi fondamentali per la salute dell'organismo che, se rallentati o alterati, possono portare allo sviluppo di malattie, a partire dal cancro.

Le variazioni genetiche individuate, inoltre, sono legate anche all'attività del gene COA1, noto per il suo importante ruolo nel garantire il collegamento tra il nucleo cellulare e i mitocondri, gli organelli responsabili del corretto metabolismo energetico delle cellule (la loro disfunzione è un fattore chiave nell'invecchiamento).

► **Commenti**

"I dati ottenuti suggeriscono che le caratteristiche che permettono ad alcune persone di diventare se-

mi-supercentenarie ed oltre sono in parte legate ad una particolare variabilità genetica, grazie alla quale è possibile gestire in modo più efficiente i processi di riparazione del DNA" - ha dichiarato **Cristina Giuliani**, ricercatrice al Dipartimento di Scienze Biologiche, Geologiche e Ambientali dell'Università di Bologna e tra i coordinatori dello studio.

Il gruppo di ricerca ha anche misurato il numero di mutazioni genetiche somatiche accumulate naturalmente in diversi gruppi di età. È stato evidenziato che le persone che arrivano a superare i 105 anni di età presentano un numero di mutazioni molto inferiore rispetto a quanto atteso. Le persone estremamente longeve, insomma, riescono ad evitare l'aumento di mutazioni dannose solitamente collegato all'avanzare dell'età e a stati patologici: un elemento che potrebbe contribuire a proteggerle dall'insorgere di malattie comuni.

"I risultati dello studio suggeriscono che efficienti meccanismi di riparazione del DNA e la presenza di un basso numero di mutazioni somatiche in geni specifici sono due elementi centrali nel proteggere le persone estremamente longeve dalle malattie legate all'età", conferma in conclusione **Claudio Franceschi**, professore emerito dell'Università di Bologna e tra i coordinatori dello studio.

BIBLIOGRAFIA

- Garagnani P et al. Whole-genome sequencing analysis of semi-supercentenarians. *Elife* 2021;10:e57849. doi: 10.7554/eLife.57849.

■ IPERTENSIONE ARTERIOSA

Benefici della riduzione farmacologica della PA

Una ampia analisi pubblicata su *Lancet* suggerisce che la terapia antipertensiva è efficace nel ridurre il rischio relativo di eventi cardiovascolari negli adulti, anche nelle persone con pressione arteriosa normale o solo leggermente elevata. I risultati hanno mostrato che ad ogni riduzione di 5 mmHg di PAS corrisponde a una riduzione di rischio relativo di eventi CV di circa il 10%, indipendentemente dal fatto che l'individuo avesse o meno una malattia CV.

"Il messaggio dello studio è che la riduzione farmacologica della PA dovrebbe essere considerata uno strumento per la gestione del rischio cardiovascolare anche quando la PA è normale o leggermente elevata, per la prevenzione primaria e secondaria di malattia cardiovascolare" - ha commentato Nilesh Samani, Medical Director alla British Heart Foundation.

La riduzione dei valori pressori sia in prevenzione primaria che secondaria è infatti associata a un minore incidenza di infarti e ictus.

"Questo non significa che dovremmo trattare farmacologicamente tutta la popolazione: in caso di un basso rischio per malattie CV, una riduzione del 10% della PA può apportare solo un piccolo beneficio diretto. La decisione se trattare o meno e il livello target da raggiun-

gere richiede un dialogo all'interno del rapporto medico-paziente, ma i pazienti con PA normale e alto rischio CV potrebbero trarre beneficio dall'assunzione di antipertensivi per ridurre il rischio di subire un grave evento cardiovascolare in futuro. I livelli di PA possono essere migliorati anche con corretti stili di vita, come l'esercizio fisico e la perdita di peso" - ha aggiunto Rahimi.

In particolare oltre al miglioramento della forma fisica, della forza e della resistenza, l'attività fisica può produrre perdita di peso e guadagno muscolare; maggiore autostima, autoefficacia e migliore benessere psicologico; maggiore interazione sociale e riduzione dei sentimenti di isolamento sociale negli esercizi di gruppo.

► Lo studio

Rahimi e colleghi hanno esaminato i dati a livello di singolo partecipante da 48 studi clinici randomizzati sul trattamento antipertensivo. I partecipanti sono stati divisi in sette sottogruppi in base alla PAS basale (<120, 120-129, 130-139, 140-149, 150-159, 160-169, >170 mmHg). L'analisi ha incluso 344.716 pazienti con ≥ 1000 anni-pazienti per gruppo assegnato. In 4 anni di follow-up, una riduzione di 5 mmHg della PAS ha ridotto il rischio relativo di eventi cardiovascolari maggiori di circa il 10%. I ri-

schì di ictus, insufficienza cardiaca, cardiopatia ischemica e morte per CVD sono stati ridotti rispettivamente del 13%, 13%, 8% e 5%. Le riduzioni del rischio relativo erano proporzionali all'intensità della riduzione della PA. Né la presenza di CVD né il livello di PA all'inizio dello studio hanno modificato l'effetto del trattamento.

In un editoriale collegato, Thomas Kahan, del Karolinska Institute di Stoccolma, ha osservato che i benefici relativi simili del trattamento nella prevenzione primaria e secondaria indicano che il rischio CV per un individuo sarà "un fattore determinante del beneficio assoluto di trattamento, confermando l'importanza della valutazione del rischio nei singoli pazienti. Questi risultati hanno importanti implicazioni per la pratica clinica e suggeriscono che il trattamento antipertensivo potrebbe essere considerato per qualsiasi persona per la quale il rischio assoluto di un futuro evento cardiovascolare sia sufficientemente alto" - ha concluso Kahan.

BIBLIOGRAFIA

- Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Pharmacological blood pressure lowering for primary and secondary prevention of cardiovascular disease across different levels of blood pressure: an individual participant-level data meta-analysis. *Lancet* 2021; 397: 1625-1636.
- Kahan T. Decisions about antihypertensive treatment should focus on reducing cardiovascular risk. *Lancet* 2021; 397: 1598-1599.

■ PREVENZIONE

Strategie per evitare un secondo stroke o un TIA

“È di fondamentale importanza intervenire per prevenire un secondo ictus o un TIA. Se possiamo individuare la causa del primo ictus o dell’attacco ischemico transitorio, possiamo personalizzare le strategie per prevenire un secondo evento”. L’affermazione è di Dawn O. Kleindorfer, presidente del gruppo che ha elaborato le nuove linee guida dell’American Heart Association/American Stroke Association, pubblicate su *Stroke*. La maggior parte dei sopravvissuti all’ictus presenta infatti fattori di rischio scarsamente controllati. Nello specifico le linee guida di prevenzione secondaria raccomandano di:

- ▶ gestire i fattori di rischio vascolare, in particolare ipertensione, DMT2, ipercolesterolemia e ipertrigliceridemia, fumo;
- ▶ consigliare la limitazione dell’assunzione di sale e/o di seguire una dieta mediterranea;
- ▶ se il paziente è in grado di svolgere attività fisica, svolgere attività aerobica di intensità moderata per almeno 10 minuti quattro volte a settimana o attività aerobica di intensità vigorosa per almeno 20 minuti due volte a settimana. In effetti, circa l’80% degli ictus può essere prevenuto controllando la pressione sanguigna, seguendo una dieta sana, praticando un’atti-

HIGHLIGHTS

- Un ictus o un attacco ischemico transitorio (TIA) aumenta il rischio di un ictus futuro. Identificare la causa o le cause del primo ictus è la chiave per sviluppare strategie per prevenire ulteriori eventi.
- Normalizzare i livelli di PA (goal terapeutico <130/80 mmHg), ridurre o smettere di fumare, seguire una dieta sana e un’attività fisica regolare ridurrà il rischio di un secondo ictus, oltre a gestire condizioni come il diabete di tipo 2 e l’ipercolesterolemia.
- I pazienti con pregresso ictus o TIA devono essere sottoposti a screening e potenzialmente trattati per la fibrillazione atriale.

vità fisica regolare, non fumando e mantenendo un peso sano - hanno commentato gli esperti.

▶ **Altre raccomandazioni**

Per gli operatori sanitari, le raccomandazioni terapeutiche aggiornate evidenziate nelle linee guida suggeriscono che l’assistenza dovrebbe essere multidisciplinare per personalizzare la cura. Il processo decisionale dovrebbe essere condiviso con il paziente. Un altro punto raccomandato è lo screening e la diagnosi di fibrilla-

zione atriale per ridurre gli eventi ricorrenti (il monitoraggio a lungo termine del ritmo cardiaco aumenta il tasso di rilevamento della FA). Prescrivere una terapia antitrombotica, inclusi farmaci antiplastrinici anticoagulanti, per quasi tutti i pazienti che non hanno controindicazioni. È comunque importante determinare se i pazienti stavano assumendo i farmaci come prescritto e valutare i motivi della non aderenza, prima di considerare un cambiamento nella terapia. Per i pazienti con restringimento delle arterie carotidee dovrebbero essere presi in considerazione l’endoarterectomia carotidea, la rimozione chirurgica di un’ostruzione o, in casi selezionati, l’uso di uno stent.

La gestione medica aggressiva dei fattori di rischio e la doppia terapia antiaggregante a breve termine sono preferibili per i pazienti con stenosi intracranica grave che si ritiene possa causare l’ictus o TIA. Nei pazienti di età <60 anni con ictus embolico di origine non chiara e forame ovale pervio (PFO), è ora ragionevole considerare la chiusura per via percutanea. La chiusura è ragionevole per i PFO ad alto rischio, ma i vantaggi non sono ben stabiliti per i PFO a basso rischio.

BIBLIOGRAFIA

- Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, et al. 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2021 (Epub ahead of print).

La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

Medico di famiglia - Venezia

Responsabile corso di Medicina di Famiglia, Università di Udine

Lunedì

- Mi telefona la madre di un ragazzino per richiedermi il certificato anamnestico per il rilascio della patente di guida per la moto. Il ragazzo ha fatto uso di stupefacenti, la madre stessa mi ha portato in visione gli esami tossicologici eseguiti sulle urine. Quando viene in studio è accompagnato da un amico che sembra la sua fotocopia: stessa tuta da ginnastica, stesso capellino coperto dal cappuccio della tuta, stessi tatuaggi, stesse *sneakers* slacciate. Mi guarda con sguardo assente, gli dico che devo per forza segnalare che ha fatto uso di sostanze, annuisce, ritira il certificato e se ne va. Dopo un'ora viene il padre in studio e mi chiede come mi sono permesso di segnalare nel certificato che il figlio ha fatto uso di sostanze stupefacenti. Provo a spiegare cos'è un certificato e qual è il mio compito, ma mi arrendo. Mi faccio restituire il certificato che avevo fatto e lo invito a rivolgersi a un altro sanitario. "Lei mi vuole rovinare il ragazzo!" Lo guardo, non rispondo e penso a chi davvero ha rovinato questo giovane.

- Obesa, diabetica mi telefona: "Dottore ho smesso di prendere la metformina perché quando la prendo ho la patata che sa di pesce".

Martedì

- Mi sono preso mezzora di libertà e faccio una passeggiata per prendere un po' di sole. Un signore in bicicletta si ferma e mi dice che verrà a trovarmi per mostrarmi una gamba, dice di avere delle vene molto evidenti. "Ci vediamo in studio in settimana, prenda un appuntamento". Continuo la mia passeggiata

ma dopo dieci minuti spunta da dietro un ceppuglio lo stesso personaggio, stavolta con i pantaloni completamente tirati su: "dottore non volevo disturbarla in ambulatorio, così mi vede subito e risolviamo il problema".

- Uno dei motivi per cui alcune specialità scompariranno è l'applicazione rigida delle linee guida e dei protocolli terapeutici. In questo caso non servono i medici, bastano dei robot o dei programmi di intelligenza artificiale. Oggi ho visto a casa un mio paziente terminale per un cancro all'esofago metastatizzato che ancora viene invitato in oncologia per la chemioterapia. Farsi carico della cura della persona è tutta un'altra cosa.

Mercoledì

- L'infermiere mi passa la telefonata di una signora che lamenta dei sintomi che faccio fatica a comprendere. Parla in un dialetto stretto del sud, sembra sofferente, mi pare riferisca dei sintomi compatibili con una faringite febbrile, mi chiede la ricetta per un antibiotico di tipo e marca definiti; la invito a venire in studio alle 12.00. Prima di uscire dallo studio, non avendo visto la signora, l'infermiere la richiama: "non sono venuta perché l'antibiotico serve a mio marito che non è vostro assistito, l'ha prescritto il dentista".

- Italia, Ventunesimo Secolo, una mia paziente con esiti di un herpes zoster all'arto superiore destro, già trattata con antivirali e in terapia per il dolore si è recata accompagnata dalla figlia da una fattucchiera che con un rito magico e affumicandole il braccio ha promesso di guarirla.

Giovedì

- Maria era una bella signora di ottantadue anni, gentile, in discrete condizioni generali, curiosa e con tanta voglia di vivere. Tre giorni fa il figlio mi telefona dicendomi che la mamma è caduta e ha male a una gamba, consiglio di portare la signora in Pronto Soccorso per eseguire una radiografia urgente.

Giunta in ospedale la paziente viene messa su una sedia e lasciata lì per sei ore, un infermiere aveva deciso che si trattava di un codice bianco. Dopo sei ore di attesa il figlio decide di portare la mamma, molto sofferente, in un altro ospedale dove le viene fatta una radiografia che conferma la frattura scomposta del femore. In questo ospedale, Covid dedicato, non è possibile però operare la signora che dopo il ricovero di una giornata viene trasferita in un altro nosocomio. Stanotte l'infermiera di turno ha trovato Maria nel suo letto(senza vita).

- Email: "Egregio dottore di una vita, ho le ovaie impazzite, rilasciano follicoli costantemente, ti allego referto ginecologa, attendo indicazioni".

Venerdì

- Le difficoltà che la Medicina Generale ha incontrato nell'effettuare le vaccinazioni per il Covid sono molto significative. Le astrusità burocratiche e le difficoltà di approvvigionamento dei vaccini, la complicata gestione delle agende, il coinvolgimento delle farmacie e il proliferare dei centri di vaccinazione sono sintomi importanti.

Sono le avvisaglie dell'estinzione della Medicina di Famiglia, sono prove generali della sua esclusione dal Sistema Sanitario del futuro prossimo. La mancanza di ricambio generazionale, le progettate Case di Comunità gestite da infermieri e la necessità di ridurre la spesa non fanno che confermare il disegno che prevede una organizzazione diversa della Sanità territoriale. La medicina Generale italiana si è suicidata difendendo un modello che ha escluso merito, carriera e Accademia.

- Nel mio immaginario ormai gli uffici delle Aziende Socio Sanitarie sono innumerevoli e infiniti sono gli impiegati che vi lavorano. Sempre nelle mie fantasticherie le persone che popolano questi uffici sono in numero maggiore dei malati che accedono alle cure del sistema. L'altro giorno da uno di questi uffici mi ha telefonato una signora, dalla voce giovane e squillante, per dirmi che mi aveva inviato una email con un allegato di quattro pagine da compilare. Si trattava di riempire dei moduli in cui dovevo dichiarare la sospensione della cura con cannabinoidi per un mio paziente deceduto un anno fa e a cui non avevo prescritto io la terapia.

Sabato

Anche oggi due pazienti si sono presentati in studio con dei referti di visite specialistiche che non avevo mai chiesto. La libertà di scelta del medico è sacrosanta e io sarò sempre pronto a difenderla, ma mai mi permetterò di scrivere ad un collega che non ha chiesto la mia consulenza. Eppure quasi quotidianamente ricevo dei referti il cui incipit è: "caro collega, ho visto il tuo paziente.." e la cui conclusione è: " lo rivedrò con l'esito dei seguenti esami....intanto assumi questa terapia...". È naturale che il paziente percepisca l'autorevolezza dello "specialista" e la sudditanza del "medico di base" trascrittore di prescrizioni altrui. Il perverso meccanismo è mantenuto e alimentato dall'impossibilità per il medico consultato privatamente di prescrivere con il ricettario del Sistema Sanitario Nazionale. Se il medico di medicina generale, titolare del ricettario, si rifiuta di prescrivere quanto richiesto, magari non essendo d'accordo con quanto suggerito (e capita spesso), è un disgraziato che vuole che il paziente paghi gli esami, se prescrive quanto suggerito ammette implicitamente la propria inferiorità e il dialogo tra medici si conferma ancora una volta diretto dall'alto verso la "base". Il meccanismo è diabolico, umiliante e non potrà cambiare se non cambieranno profondamente le regole di ingaggio e la formazione dei medici. Ma la Medicina Generale italiana sarà in grado di sopravvivere se non avrà più l'esclusiva del ricettario?

Resilienza e salute mentale nell'emergenza coronavirus

La risposta allo stress è individuale, ogni persona reagisce in rapporto alla propria personalità; oltre a possibili conseguenze negative - come insorgenza o slatentizzazione di disturbi psichiatrici - la risposta allo stress può attivare dinamiche psicologiche positive - la resilienza - che favoriscono adeguati e positivi livelli di adattamento

Ferdinando Pellegrino - *Psichiatra - Salerno*

L'emergenza sanitaria legata al coronavirus ha, ed avrà, un impatto notevole sull'economia psichica dell'individuo sia per l'esperienza diretta o indiretta di esposizione al virus, sia per le misure di isolamento sociale adottate per contenere l'espansione virale, e per il clima generale di grande tensione che si è venuto a creare.

Dal punto di vista psicologico la popolazione è esposta ad un trauma inusuale, di portata eccezionale che ha sconvolto la vita di tutti; quello che sembrava un nemico lontano, appartenente ad un altro mondo, è arrivato in ogni luogo e famiglia con effetti psicologici devastanti.

L'esposizione ad un evento stressante di tale portata non può non avere risvolti psicologici e psicopatologici di rilevanza clinica, ben oltre lo spettro dei disturbi ansiosi (*tabella 1*); pur tuttavia, proprio la crisi e lo stress che ne derivano possono attivare risorse psicologiche importanti che risultano di valido ausilio per superare la crisi stessa in termini adattivi e funzionali.

Uno stesso evento traumatico o stressante può essere vissuto in modo diverso; ogni persona ha un proprio modo di reagire agli eventi della vita e molti individui possono, nella crisi,

trarre un vantaggio in termini di consapevolezza esistenziale e di identità.

Lo stato emergenziale può essere, infatti, anche fonte di riadattamento e resilienza.

Rispetto ad una situazione traumatica o particolarmente stressante, la persona può essere in grado di riorganizzare la propria vita alla luce di quanto accaduto.

Se si esamina la reazione da stress si evidenzia come dopo una prima fase di sbandamento, di incredulità, di paura, si iniziano ad attivare dinamiche psicologiche di difesa che se da un lato possono innescare meccanismi adattivi disfunzionali, dall'altro possono indurre un cambiamento in positivo.

Superata la fase emergenziale caratterizzata prevalentemente da risposte immediate, reattive, in cui occorre mettere tutte le forze disponibili in campo per poterla fronteggiare, la persona inizia a riflettere, a raccogliere gli elementi psicologici che possano consentire di sopravvivere, di individuare idonee strategie di adattamento che le consentano di riorganizzare il proprio futuro partendo dalla realtà così com'è.

In questo modo prende forma la resilienza, dimensione psicologica della "prontezza ad agire nonostante le dif-

ficoltà, i traumi e i problemi della vita". Grazie alla resilienza la persona riesce a cogliere nella crisi un'opportunità di crescita riorganizzando la vita in rapporto a quanto successo. Quale fattore dinamico e flessibile, la resilienza appare come espressione di una personalità matura, in grado di operare scelte audaci in momenti difficili, di andare avanti nella vita nonostante le difficoltà e i problemi.

TABELLA 1

Conseguenze psicologiche e psicopatologiche dello stress da Covid-19

In risposta allo stress da Covid-19 si possono avere:

- Reazioni acute da stress
- Disturbi da stress-post traumatico
- Insorgenza, slatentizzazione o riacutizzazione di disturbi psichici, come l'ansia e la depressione
- Fenomeni come la sindrome del burn-out
- Riattivazione o emergenza della resilienza

La risposta allo stress è individuale, ogni persona reagisce allo stress in rapporto alla propria personalità; oltre a possibili conseguenze negative la risposta allo stress può attivare dinamiche psicologiche positive - la resilienza - che favoriscono adeguati e positivi livelli di adattamento.

► Modalità positive di adattamento

In particolare è possibile l'attivazione di quelle misure idonee a favorire il superamento, in positivo, di questo periodo emergenziale riuscendo a cogliere proprio nella crisi l'elemento di opportunità, attivando così la consapevolezza del proprio stato emotivo e la sensazione di potercela fare, nonostante le tante difficoltà.

Lo stress non lo si percepisce sempre nella sua gravità, spesso è sottostimato e non valutato.

Dal punto di vista psicologico è opportuno affinare le proprie capacità di affrontare i problemi evitando un inutile dispendio di energia e allineando le proprie aspettative umane e professionali a un livello realistico.

Anche in contesti e in situazioni particolarmente stressanti, come quella che stiamo affrontando, è possibile individuare modalità positive di adattamento.

La risposta ad un evento stressante va calibrata con estrema ocularità valutando ogni aspetto del problema e salvaguardando innanzitutto il proprio benessere.

Le capacità di adattamento variano da persona a persona; ognuno possiede una propria modalità di adattamento che consente di mettere in essere, di volta in volta, opportune strategie di risoluzione dei problemi. L'apprendimento di strategie di *cooping* efficaci consente alla persona di affrontare con assertività le tensioni derivanti dalla situazione che stiamo vivendo: l'adattamento efficace (*eustress*) consente di esprimere il meglio di sé in ogni circostanza, limitando gli effetti negativi dello stress. Occorre quindi imparare a vivere bene la realtà presente per rafforzare il senso di identità personale e proiettare l'individuo nel futuro.

La presenza di una progettualità so-

lida e sostenibile diventa un fattore di profonda motivazione psicologica e di protezione rispetto allo stress.

Ciò, tradotto in termini pratici, apre le porte alla resilienza, la cui funzione è quella di consentire all'individuo di proteggere la sua integrità ed aprirsi delle vie alternative laddove viene a trovarsi sottoposto a pressioni difficili da sostenere.

Per iniziare a lavorare su se stessi occorre chiedersi: quanta energia spendo? Tale energia (o livello di stress) è proporzionata all'impegno richiesto? O forse "spendo" più energia di quanta ne occorre? Vi è un modo migliore per affrontare il quotidiano? Vi può essere una migliore strategia d'azione? Si possono affrontare gli stessi problemi con un minore dispendio di energia?

Naturalmente quanto più elevata sarà l'entità delle energie utilizzate, tanto più sarà l'impegno e lo sforzo richiesto, nonché la tensione che si accumula.

Più in generale vi è la tendenza dell'individuo a sottoutilizzare e sottostimare le risorse disponibili poiché ad essere motivo di tensione o stress non sono solo gli eventi negativi della vita, ma anche la difficoltà a "dosare" il proprio livello di "tensione".

La domanda a cui bisogna rispondere è la seguente: cosa si può fare per conservare un adeguato livello di funzionamento individuale, familiare, lavorativo e sociale, evitando un inutile e dannoso dispendio di energia? Per implementare la resilienza è necessario concentrarsi sugli aspetti positivi della personalità (*tabella 2*); in questo modo si apprende a gestire meglio l'attuale periodo storico di grande incertezza e tensione, raggiungendo adeguati livelli di adattamento.

Riferimento bibliografico

- Pellegrino F. *La salute mentale, clinica e trattamento*. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2018

TABELLA 2

Fattori psicologici che favoriscono la resilienza

- Avere fiducia in se stessi ed essere autonomi
- Saper riconoscere e gestire le proprie emozioni
- Essere assertivi, intraprendenti e decisi
- Saper gestire le situazioni difficili e i momenti di crisi
- Sognare ad occhi aperti e progettare il futuro
- Saper organizzare al meglio la propria vita ed avere il controllo degli impegni assunti
- Mantenere la calma in situazioni difficili
- Risolvere i problemi senza disperdere eccessive energie
- Essere innovativi, positivi, creativi
- Avere fiducia negli altri, favorire le buone relazioni
- Investire tempo nello studio per rafforzare le proprie conoscenze
- Saper accettare i propri difetti
- Imparare a dare il meglio di sé anche di fronte agli imprevisti
- Saper affrontare le difficoltà al momento giusto e con fermezza
- Favorire il confronto costruttivo con gli altri
- Essere contenti e soddisfatti di se stessi, sapersi rilassare.

Imparare ad avere consapevolezza del proprio modo di essere e di agire nei confronti delle tensioni della vita favorisce l'acquisizione di un modello mentale propenso ad attivare fattori dimensionali positivi, come la resilienza.

Diabete mellito di tipo 2 e scompenso cardiaco

Nuove evidenze scientifiche sul ruolo degli SGLT2i nella protezione cardiovascolare

La malattia cardiovascolare rappresenta la principale causa di morte nei pazienti con diabete di tipo 2 ed è stato dimostrato che i farmaci inibitori del cotrasportatore sodio/glucosio-2 (SGLT2i) giocano un ruolo fondamentale nella protezione cardiovascolare

a cura di: **Pasquale De Luca**¹

con la collaborazione di: **Antonio De Luca**², **Michele Carella**¹, **Marco Sperandeo**³, **Vito Sollazzo**⁴, **Angelo Benvenuto**⁵

I soggetti con diabete di tipo 2 presentano un rischio di sviluppare malattie cardiovascolari (infarto miocardico, ictus, malattia vascolare periferica) doppio rispetto a soggetti non diabetici. Negli ultimi anni sono stati pubblicati vari studi clinici di intervento con nuovi farmaci ipoglicemizzanti che hanno dimostrato un effetto positivo sulla mortalità e sul rischio cardiovascolare nei pazienti con diabete di tipo 2. Questi studi hanno riguardato in particolare i farmaci inibitori del cotrasportatore sodio/glucosio-2 (SGLT2i).

CASO CLINICO

Un uomo di 74 anni affetto da sindrome metabolica cardiovascolare con associato diabete mellito di tipo 2 (in trattamento con metformina) e cardiopatia ischemico-dilatativa già rivascolarizzata chirurgicamente, viene ricoverato Medicina Interna per dispnea, edemi colonnari e scompenso glicemico (HbA1c 12.1%). Gli accertamenti eseguiti durante il ricovero confermano la presenza di una vasculopatia carotidea bilaterale con stenosi del 40-50% della carotide interna. L'ecocardiogramma rivela la presenza di ipocinesia diffusa con ventricolo sinistro e atrio sinistro severamente dilatati e una marcata riduzione della frazione di eiezione (30%). Il paziente è quindi sottoposto a coronarografia che evidenzia una coronaropatia critica trivasale con interessamento del tronco comune e della coronaria sinistra; i bypass dell'arteria interventricolare anteriore e della circonflessa risultano pervi. L'esame del fondo oculare indica una retinopatia diabetica non proliferante lieve. Si riscontra, inoltre, un'iniziale nefropatia diabetica con lieve microalbuminuria patologi-

ca e funzione renale conservata (creatininemia 0.9 mg/dl; GFR 90 ml/min). Il paziente è inizialmente posto in terapia insulinica secondo schema basal-bolus, con sospensione della metformina. I profili glicemici dei primi giorni di degenza sono caratterizzati da valori sia a digiuno sia postprandiali >200 mg/dl. Contemporaneamente si somministra una terapia diuretica con dosi crescenti di furosemide e canrenone per via endovenosa e, in seguito, per via orale, ottenendo un modesto calo ponderale, la riduzione della pressione arteriosa ed una buona diuresi giornaliera. Dopo 5 giorni, alla terapia insulinica basal-bolus si associa empagliflozin, con un'ulteriore stabilizzazione della pressione arteriosa e del peso corporeo. Alla terapia in atto si aggiunge la combinazione sacubitril/valsartan, scalando la dose di furosemide. Alla dimissione la pressione è stabile a valori pari a 100/70 mmHg, la diuresi è valida e il peso ha subito una riduzione complessiva di 7 kg rispetto alla presentazione (108 kg). Vengono programmati l'impianto di un pace-maker biventricolare con funzione di defibrillatore e il follow-up ambulatoriale cardiologico

¹ Dirigente Medico S.C. di Medicina Interna Ospedale "T. Masselli-Mascia" San Severo ASL Foggia

² Dirigente Medico S.C. di Cardiologia-UTIC Ospedale "T. Masselli-Mascia" San Severo ASL Foggia

³ Dirigente Medico S.C. Medicina Interna IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" S. Giovanni Rotondo (FG)

⁴ Direttore S.C. di Cardiologia-UTIC Ospedale "G. Tatarella" Cerignola ASL Foggia Ospedale "T. Masselli-Mascia" San Severo ASL Foggia

⁵ Direttore Dipartimento Internistico Multidisciplinare Direttore S.C. Medicina Interna Ospedale "T. Masselli-Mascia" San Severo ASL Foggia

e diabetologico. Si consiglia inoltre la seguente terapia: insulina lispro (colazione, pranzo e cena), insulina degludec (prima di coricarsi), empagliflozin, carvedilolo, acido acetilsalicilico, esteri etilici degli acidi grassi polinsaturi, allopurinolo, ezetimibe/simvastatina, sacubitril/valsartan, furosemide, canrenone. Alla visita di controllo, dopo 40 giorni dalla dimissione, si registra un miglioramento del compenso glicemico (HbA1c 8.3%), il paziente ha ulteriormente perso peso ed ha ottenuto anche un ridotto fabbisogno insulinico, la performance ventricolare è migliorata (frazione di eiezione 50%) anche grazie all'impianto del pace-maker.

► **Discussione**

Nel caso clinico descritto empagliflozin è stato utilizzato, in assenza di controindicazioni, per ottenere il miglioramento del profilo glicemico, il calo del peso corporeo e per ridurre il fabbisogno di insulina. Un costante calo ponderale è stato raggiunto, anche grazie all'associazione con la terapia diuretica. Il trattamento dello scompenso cardiaco nel paziente diabetico rappresenta una sfida per il medico, non essendo disponibili li-

nee guida basate sull'evidenza che indichino la terapia ottimale. L'impiego di sacubitril/valsartan è stato approvato per il trattamento dello scompenso cardiaco a frazione di eiezione ridotta e si associa a una riduzione della mortalità rispetto agli ACE-inibitori (enalapril). Nei pazienti diabetici con scompenso cardiaco, trattati con empagliflozin, è stata descritta una minore introduzione di terapia con diuretici dell'ansa, a conferma dell'effetto cardiorenale positivo che si ottiene con gli inibitori di SGLT2. Dopo l'introduzione di empagliflozin e successivamente di sacubitril/valsartan nel caso qui descritto, è stato osservato un progressivo calo ponderale concomitante alla buona risposta diuretica, che ha permesso di ridurre la dose di furosemide. Difficile dire se questa riduzione di dosaggio sia direttamente legata all'azione dei due farmaci associati o sia frutto del fisiologico ritorno a uno stato di compenso. Alcuni dati suggeriscono l'esistenza di un effetto additivo esercitato dagli inibitori di SGLT2 in favore di furosemide, anche se tale effetto deve essere confermato in studi adeguati.

La stretta collaborazione tra cardiologi e diabetologi nella gestione di questo caso clinico ha permesso di ottenere un miglioramento sia cardiologico sia metabolico, impiegando in associazione furosemide ad alto dosaggio, empagliflozin e sacubitril/valsartan. Il monitoraggio intraospedaliero ha consentito di controllare gli effetti di queste terapie ottimizzandone il dosaggio e verificandone la sicurezza. L'impiego di empagliflozin con alte dosi di diuretico dell'ansa non si è associato a deplezione di volume, anche per la graduale riduzione della dose di diuretico conseguente al ripristino del compenso cardiocircolatorio. Non essendoci una notevole casistica che abbia utilizzato empagliflozin in associazione con sacubitril/valsartan nel paziente diabetico con scompenso cardiaco, resta da chiarire come si realizzi la sinergia dei due farmaci in questo contesto patologico. Sono diversi i meccanismi ipotizzati che possono portare alla riduzione del rischio cardiovascolare nei soggetti trattati con inibitori degli SGLT2; in generale possono essere divisi in metabolici e cardio-emorodinamici (tabella 1).

TABELLA 1

Possibili meccanismi coinvolti negli effetti cardiovascolari e metabolici degli SGLT2i

Effetti metabolici	Effetti cardiaci diretti
Tessuto adiposo: aumento della mobilizzazione degli acidi grassi (FFA) e riduzione dell'infiammazione degli adipociti. Perdita di peso.	Miglioramento del precarico ventricolare (secondario a natriuresi e diuresi osmotica) e del postcarico attraverso la riduzione della pressione.
Pancreas: aumento della secrezione di glucagone che determina aumento della lipolisi e uptake FFA nel fegato.	Miglioramento del metabolismo cardiaco.
Fegato: aumento glicogenolisi, gluconeogenesi, uptake FFA e chetogenesi.	Inibizione dello scambio sodio-idrogeno nel miocardio.
Cuore: scambio substrati con aumento dell'uso di FFA e chetoni ("superfuel") e riduzione uso di glucosio. Diminuzione grasso epicardico.	Riduzione della fibrosi e della necrosi cardiaca.
	Modificazione della produzione di adipochine e citochine e del grasso epicardico.

Tra i possibili effetti metabolici non-glicemici ascrivibili agli SGLT2i hanno ricevuto particolare attenzione gli effetti sulla lipolisi indotta dagli SGLT2i. Si è osservato, infatti, che nei soggetti trattati con SGLT2i c'era un aumento della mobilizzazione degli acidi grassi (FFA) dal tessuto adiposo. Le possibili cause di questa mobilizzazione di acidi grassi sono la necessità di utilizzare nuovi substrati in presenza di glicosuria e un aumento del glucagone. L'aumento del glucagone, in particolare, è dovuto ad effetti diretti degli inibitori degli SGLT2. È stato dimostrato che le alfa cellule del pancreas possiedono i co-trasportatori SGLT2, la cui inibizione determina un aumentato rilascio di glucagone. A sua volta il glucagone determina lipolisi e utilizzo di corpi chetonici. L'aumento della lipolisi favorisce un aumento della spesa energetica e consumo delle riserve adipose, che risulta in perdita di peso. Inoltre, l'aumento della chetogenesi epatica favorisce l'utilizzazione degli acidi grassi, con

effetti positivi sulla steatosi epatica e sull'infiammazione.

Gli effetti diretti cardio-emodinamici degli inibitori degli SGLT2 sono stati chiamati in causa per spiegare gli effetti positivi sul rischio cardiovascolare, in particolare sullo scompenso. Andando a guardare in dettaglio i risultati dei trial clinici si è visto, infatti, che molti degli effetti positivi erano determinati dalla riduzione dello scompenso cardiaco (-38%), una complicanza molto frequente nel diabete di tipo 2. Gli effetti diretti cardiaci degli inibitori degli SGLT2 sono molteplici, e includono un miglioramento del precarico ventricolare (secondario a natriuresi e diuresi osmotica) e del postcarico attraverso la riduzione della pressione, un miglioramento del metabolismo cardiaco, un'inibizione dello scambio sodio-idrogeno, una riduzione della fibrosi cardiaca e una modificazione della produzione di adipochine e citochine e del grasso epicardico. In conclusione, gli inibitori degli SGLT2 hanno effetti car-

diovascolari e renali che sono indipendenti dalla riduzione del glucosio, e che possono spiegare la riduzione del rischio cardiovascolare osservata nei pazienti con diabete di tipo 2 trattati con SGLT2i.

► Conclusioni

Lo scompenso cardiaco congestizio rappresenta la prima causa di ricovero dei pazienti con diabete di tipo 2 e la compresenza di scompenso cardiaco e diabete aggrava notevolmente la prognosi.

I dati forniti dagli studi di sicurezza cardiovascolare degli inibitori del cotrasportatore sodio-glucosio di tipo 2 (SGLT2i) hanno quindi suscitato grande interesse tra i diabetologi e non solo, dimostrando che questi farmaci riducono significativamente, rispetto al placebo, il rischio di eventi cardiovascolari maggiori, di mortalità cardiovascolare e per tutte le cause, e di ospedalizzazione per scompenso cardiaco in pazienti con diabete di tipo 2 ad alto rischio cardiovascolare.

BIBLIOGRAFIA

- Cubbon RM et al "Diabetes mellitus is associated with adverse prognosis in chronic heart failure of ischaemic and non-ischaemic aetiology". *Diab Vasc Dis Res* 2013; 10(4):330-6.
- Doyle-Delgado K, Chamberlain JJ, Shubrook JH et al Pharmacologic approaches to glycemic treatment of type 2 diabetes: Synopsis of the 2020 American Diabetes Association's Standards of Medical Care in Diabetes Clinical Guideline. *Ann Intern Med* 2020; 173(10): 813-821.
- Fitchett D et al "Heart failure outcomes with empagliflozin in patients with type 2 diabetes at high cardiovascular risk". *Eur Heart J* 2016; 37:1526-34.
- Garber AJ et al. Consensus statement by the American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology on the comprehensive type 2 diabetes management algorithm -2020 executive summary. *Endocr Pract* 2020, 26: 107-39.
- Hayward RA et al "Follow-up of glycemic control and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes". *N Engl J Med* 2015; 372:2197-2206.
- Kosiborod M et al "Cardiovascular Events Associated With SGLT-2 Inhibitors Versus Other Glucose-Lowering Drugs: The CVD-REAL 2 Study". *J Am Coll Cardiol* 2018; 71:2628-2639.
- McGuire DK, Shih WJ, Cosentino F et al. Association of SGLT2 Inhibitors with cardiovascular and kidney outcomes in patients with type 2 diabetes: a meta-analysis. *JAMA Cardiol* 2021; 6(2): 148-158.
- Mordi +NA et al "Renal and cardiovascular effects of sodium-glucose cotransporter 2 (SGLT2) inhibition in combination with loop diuretics in diabetic patients with chronic heart failure: protocol for a randomised controlled double-blind cross-over trial". *BMJ Open* 2017; 7:e018097.
- Rosenstock J et al "Improved glucose control with weight loss, lower insulin doses, and no increased hypoglycemia with empagliflozin added to titrated multiple daily injections of insulin in obese inadequately controlled type 2 diabetes". *Diabetes Care* 2014; 37 (7):1815-23.
- Thomas MC et al "The actions of SGLT2 inhibitors on metabolism, renal function and blood pressure". *Diabetologia* 2018; 61:2098-2107.
- Udell JA et al "Cardiovascular Outcomes and Risks After Initiation of a Sodium Glucose Cotransporter 2 Inhibitor: Results From the EASEL Population-Based Cohort Study (Evidence for Cardiovascular Outcomes With Sodium Glucose Cotransporter 2 Inhibitors in the Real World)". *Circulation* 2018; 137:1450-1459.
- Zinman B et al "Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes". *N Engl J Med* 2015; 373 (22):2117-28.

Obesità, una malattia negata associata a importanti comorbidità

È necessario implementare le conoscenze sull'obesità di medici, governi, persone con obesità e opinione pubblica, migliorando l'educazione relativa alle basi biologiche per far sì che venga riconosciuta come malattia cronica

L'obesità è un problema crescente nella maggior parte dei paesi, compresa l'Italia, ed è associata ad un aumento del rischio di morbilità e mortalità a causa delle comorbidità associate, che rappresentano un problema critico per la salute pubblica. Oltre ai suoi effetti sulla salute e sulla qualità della vita, l'obesità ha anche un notevole impatto socioeconomico. Diversi studi hanno dimostrato che l'obesità e le comorbidità associate danno luogo a maggiori costi sanitari diretti e indiretti, imponendo un onere significativo ai soggetti obesi.

“L'obesità deve essere considerata come una malattia cronica, a patogenesi multifattoriale, che necessita di cure e attenzioni adeguate - afferma **Paolo Sbraccia**, Professore Ordinario di Medicina Interna dell'Università di Roma “Tor Vergata” - La gestione terapeutica è complessa e richiede un approccio multidimensionale. Le principali linee guida dell'obesità indicano che il primo passo della terapia è rappresentato dalla modificazione degli stili di vita attraverso l'intervento nutrizionale, l'incremento dell'attività fisica strutturata e le modifiche comportamentali. Tuttavia, quando questa prima strategia risulta insufficiente o del tutto inefficace è possibile ricorrere alla terapia farmacologica e in alcuni casi alla chirurgia bariatrica”.

Al congresso ECO-ICO 2020 sono stati presentati i dati dello studio in-

ternazionale ACTION-IO (Awareness, Care, and Treatment In Obesity MaNagement - an International Observation), che ha coinvolto 11 paesi in cinque continenti, oltre 14.500 persone con obesità e quasi 2.800 operatori sanitari, con l'obiettivo di identificare le percezioni, le attitudini, i comportamenti e gli ostacoli per la cura dell'obesità e capire in che modo questi fattori influenzino la gestione della malattia.

Dalla survey è emerso che molte persone con obesità sottovalutano la gravità della loro malattia, per questo tendono a non cercare l'aiuto di cui hanno bisogno per perdere peso in maniera efficace o per la cura di complicazioni legate alla malattia.

Lo studio ha anche dimostrato l'urgenza di un intervento precoce: problemi di peso in giovane età (<20 anni) sono associati a una malattia più grave e rassegnazione. Il gruppo più giovane ha visto infatti una percentuale maggiore di obesità di classe II (23% vs 16%) e di classe III (18% vs 11%), rispetto a coloro che non hanno sviluppato obesità a esordio precoce. Un altro dato emerso è che le principali raccomandazioni dei medici si concentrano sulla restrizione calorica e sull'attività fisica. Meno frequente il consiglio di seguire una dieta specifica (22%) o programmi di allenamento (34%) e raramente di ricorrere a farmaci su prescrizione (11%) o alla chirurgia bariatrica (10%).

Poiché solo una minoranza di medici ritiene attualmente disponibili valide opzioni farmacologiche (25%) “è evidente la necessità di implementare le conoscenze sull'obesità di medici, governi, persone con obesità e opinione pubblica in generale, migliorando l'educazione relativa alle basi biologiche per far sì che venga riconosciuta come malattia cronica” conclude Paolo Sbraccia.

I dati presentati in occasione dell'European Congress on Obesity (ECO) 2021 hanno dimostrato l'efficacia dei nuovi trattamenti farmacologici, che nello studio STEP 1 hanno portato a una significativa perdita di peso che ha avuto un impatto positivo sul benessere delle persone e sulla loro capacità di svolgere attività fisiche quotidiane, come fare passeggiate e svolgere le loro routine quotidiane.

In merito alle nuove terapie è da segnalare la recente approvazione dell'FDA statunitense di semaglutide per la gestione cronica dell'obesità e del sovrappeso in soggetti adulti con almeno una condizione correlata al peso (come ipertensione arteriosa, diabete di tipo 2 o ipercolesterolemia), da utilizzare in aggiunta a un dieta ipocalorica e all'aumento dell'attività fisica.

BIBLIOGRAFIA

- Sbraccia P, et al. Misperceptions and barriers to obesity management: Italian data from the ACTION-IO study. *Eat Weight Disord* 2021; 26: 817-828. doi: 10.1007/s40519-020-00907-6.

Terapie ablative imaging-guidate in oncologia

Il ruolo delle terapie ablative imaging-guidate si è sviluppato nell'ultimo ventennio, consolidando indicazioni più sperimentate, come per l'epatocarcinoma, e offrendo altresì nuove opzioni in base all'efficacia dei risultati ottenuti. Inoltre sono allo studio nuove applicazioni

Andrea Veltri

Professore di Radiologia - Dipartimento di Oncologia, Università degli Studi di Torino

Le terapie ablative (TA), nate negli anni '80, vedono la prima affermazione clinica negli anni '90, quando i pionieri (Tito Livraghi, radiologo all'Ospedale di Vimercate, e Shuichiro Shiina, internista a Tokyo) pubblicano le prime casistiche numericamente significative sul trattamento dell'epatocarcinoma (HCC) con l'iniezione di alcol (PEI)¹.

La necrosi è indotta dal danno chimico diretto delle cellule e dalla microtrombosi della neoangiogenesi tipica di tale tumore. Nello stesso periodo si sviluppano altre terapie loco-regionali, come la chemioembolizzazione (TACE), affiancando la Radiologia Interventistica alla Radioterapia nelle cure oncologiche "mirate".

Negli stessi anni il trapianto di fegato (OLT) muove i primi passi in Italia, fornendo un riscontro all'efficacia della PEI e della TACE usate prima dell'OLT e imprimendo un ulteriore impulso all'uso delle TA nei tumori localizzati.² In breve, le società internazionali di Radiologia Interventistica si occupano di sistematizzare gli studi in questa nuova disciplina (oggi denominata *Interventional Oncology*), con documenti volti a standardizzare terminologia e "reporting" scientifico e clinico.³

► Tecniche

La prima standardizzazione riguardò le tecniche, ripartite in chimiche (es. la PEI) e basate su energia, queste ultime ancora divise in termiche (ipertermiche, ottenute con onde elettromagnetiche, dal laser alle microonde, o ipotermiche, ossia la crioblazione-CA) o non termiche (es. elettroporazione irreversibile).

La tecnica ipertermica più utilizzata è stata la termoablazione con radiofrequenze (RFA), ottenuta infiggendo aghi-elettrodi con estremità variamente ingegnerizzate per indurre un'ipertermia interstiziale nei tessuti in corrispondenza della punta degli elettrodi. Successivamente, per ottenere una deposizione energetica maggiore in tempi più brevi, sono state sviluppate antenne per l'erogazione di microonde (MWA), inducendo il riscaldamento per agitazione diretta delle molecole d'acqua. Anche tali antenne sono aghi introdotti nei tessuti sotto guida dell'imaging (perlopiù ecografico e TC). La CA, invece, induce il congelamento dei tessuti, con conseguente necrosi da rottura delle membrane cellulari.

► Fegato: HCC

Grazie ad alcuni trial prospettici randomizzati, la RFA è da circa 10 anni

lo standard di cura dell'HCC in stadio precoce (fino a tre nodi, ciascuno fino a 3 cm) nelle principali linee guida internazionali.⁴ L'introduzione della MWA, come detto più potente, prospetta ora l'impiego delle TA anche nello stadio successivo (intermedio), limitatamente a nodi tumorali fino a 4-5 cm (*figura 1*).

► Fegato e polmone: malattia oligometastatica (OMD)

In diretta conseguenza dell'efficacia delle TA nell'HCC, negli stessi anni si sviluppa il loro utilizzo nelle metastasi epatiche (MTS), principalmente da carcinoma colo-rettale (CRC). Tale tecnica si propone come alternativa alla resezione nei pazienti non inizialmente operabili, ma anche in associazione sincrona (intraoperatoria) o metacrona, sempre per raggiungere la radicalità. Anche in tal caso la dimensione delle MTS rappresenta il maggior limite per il successo tecnico e clinico, essendo necessario un sufficiente "margine di sicurezza" peritumorale della zona di ablazione (l'area di necrosi coagulativa prodotta dalla TA) quale principale fattore prognostico favorevole. Nella recente identificazione della presenza di poche MTS come un'entità clinica a sé stante (OMD) giovan-tesi di terapie locali, possibili MTS an-

che polmonari (tipicamente da CRC, ma anche es. da sarcomi) sono trattabili con TA, a fianco di chirurgia e radioterapia stereotassica (SBRT).⁵

► Polmone: tumore polmonare primitivo (NSCLC)

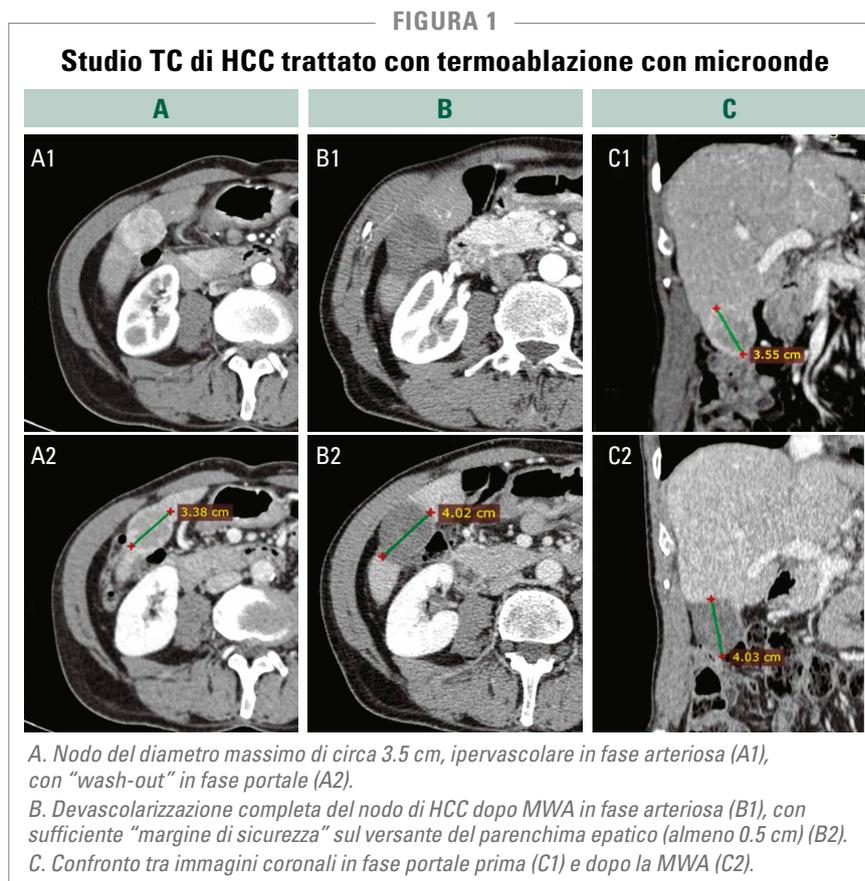
L'utilizzo delle TA nel NSCLC in fase iniziale (stadio IA, fino a 3 cm) necessita invece di studi più approfonditi; lo standard per tale neoplasia, infatti, rimane la chirurgia, mentre SBRT e TA non consentono la linfadenectomia, punto chiave per la radicalità e la stadiazione definitiva. In un prossimo futuro, probabilmente caratterizzato dall'implementazione di programmi di screening con TC a bassa dose della popolazione più a rischio, l'identificazione di piccoli tumori a basso rischio di interessamento linfonodale potrebbe vedere un aumento delle TA anche nel NSCLC.

► Rene: piccole masse renali (SRM)

Le TA sono state sperimentate con successo anche nelle SRM, soprattutto nei pazienti con controindicazioni chirurgiche; queste ultime sono per lo più rappresentate da una ridotta "riserva" renale (talora associata a monorene, fino alla rara evenienza del rene trapiantato), per la minore invasività (minor incidenza di complicanze e maggior preservazione funzionale). La RFA come prima opzione è ancora da limitarsi a SRM non superiori a 3 cm,⁶ salvo nei tumori eredo-familiari (pazienti giovani con sindromi rare, es. la S. di Von Hippel-Lindau (VHL), con neoplasie multiple a insorgenza successiva). Nelle neoplasie più grandi la CA è meno lesiva delle vie escretrici, ma ha maggior rischio emorragico allo scongelamento dei tessuti per l'assenza della coagulazione indotta dall'ipertermia.

► Prospettive

In questa breve carrellata abbiamo ommesso le indicazioni non oncologiche



delle TA (es. osteoma osteoide, nodi tiroidei benigni in pazienti non operabili, ecc) o i rari intenti palliativi (controllo della sintomatologia nelle neoplasie neuroendocrine metastatiche secernenti), già attuali. La principale prospettiva, oltre alla sempre miglior definizione del loro ruolo nei PDTA oncologici, è la sinergia con l'immunoterapia, anche per la presentazione massiva di

antigeni neoplastici al sistema immunitario al momento della distruzione cellulare, specie nella RFA e nella CA.⁷



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

BIBLIOGRAFIA

1. Livraghi T, Bolondi L, Lazzaroni S et al. Percutaneous ethanol injection in the treatment of hepatocellular carcinoma in cirrhosis. A study on 207 patients. *Cancer* 1992; 69: 925-929.
2. Veltri A, Grosso M, Martina MC et al. Effect of preoperative radiological treatment of hepatocellular carcinoma before liver transplantation: a retrospective study. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1998; 21: 393-398.
3. Ahmed M, Solbiati L, Brace CL et al. Image-guided tumor ablation: standardization of terminology and reporting criteria-a 10-year update. *J Vasc Interv Radiol* 2014; 25: 1691-1705.
4. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. *Journal of Hepatology* 2018; 69: 182-236.
5. Van Cutsem E, Cervantes A, Adam R et al. ESMO consensus guidelines for the management of patients with metastatic colorectal cancer. *Annals of Oncology* 2016; 27: 1386-1422.
6. Campbell S, Uzzo RG, Allaf ME et al. Renal mass and localized renal cancer: AUA guideline. *The Journal of Urology* 2017; 198: 520-529.
7. Shi L, Chen L, Wu C et al. PD-1 blockade boosts radiofrequency ablation-elicited adaptive immune responses against tumor. *Clin Cancer Res* 2016; 22: 1173-84.

Malattie CV in Italia: good news e bad news

A fronte della diminuzione dei tassi di mortalità e della prevalenza, il numero di persone con malattie CV è in continuo aumento. La PAD è stata la malattia più diffusa, l'ipertensione e l'alimentazione scorretta sono i fattori di rischio più comuni

Cardiovascular disease in Italy: good news, bad news and interesting news è una panoramica dell'evoluzione della prevalenza delle malattie cardiovascolari (CVD) in Italia negli ultimi 27 anni. Utilizzando la banca dati Global Burden of Disease, Cortesi e coll. riportano i dati relativi all'incidenza, alla mortalità e gli anni di vita vissuti al netto della disabilità (DALY - Disability Adjusted Life Years), per un ampio gruppo di malattie CVD.

► Tre buone notizie

- I tassi di mortalità standardizzati per età e i tassi DALY correlati a CVD si sono dimezzati negli ultimi 27 anni.
- La prevalenza di CVD standardizzata in base all'età è diminuita del 13%. Questa diminuzione ha giovato a entrambi i sessi ed è dovuta principalmente a una diminuzione dell'ictus (-32%) e malattie cardiache reumatiche (-28%). Al contrario, la prevalenza di altre CVD è diminuita nelle donne, ma è rimasta stabile negli uomini. Questa diminuzione potrebbe essere dovuta sia al miglioramento della prevenzione primaria, sia alla disponibilità di strategie terapeutiche efficaci come tempi di intervento più brevi, migliori tecniche di rivascolarizzazione, farmaci più potenti o combinazioni di farmaci.
- È diminuita la frazione di CVD attribuibile al fumo, un risultato in linea con la piccola ma significativa diminuzione del fumo di tabacco tra gli adulti italiani.

► Tre cattive notizie

- Il numero di individui che vivono con CVD è aumentato di oltre 1,5 milioni, dai 5,75 milioni del 1990 ai 7,49 milioni del 2017, nonostante la diminuzione dei tassi di mortalità e prevalenza, Gli AA presentano diverse ipotesi: maggiore sopravvivenza dopo una CVD, invecchiamento della popolazione e aumento della popolazione complessiva.
- La CVD è ancora al primo posto nelle cause di morte in Italia (oltre un terzo di tutti i decessi) e anche i costi socio-sanitari sono aumentati.
- Nonostante un più alto tasso di mortalità tra gli uomini e un divario di 15 anni per quanto riguarda l'aumento del DALY associato alla CVD (che si verifica dopo 40 anni negli uomini e 55 anni nelle donne), le donne hanno reso il tributo più alto alla CVD, con 120.600 decessi nel 2017, contro i 96.000 degli uomini. Più che mai, la prevenzione della CVD dovrebbe considerare entrambi i sessi.

► Tre novità

L'arteriopatia periferica (PAD) è stata la CVD più diffusa, seguita a breve da malattie cardiache ischemiche. Il grande onere della PAD potrebbe essere correlata alla crescente prevalenza di obesità e diabete e, possibilmente, alla non diminuzione del fumo di tabacco nelle donne. Data la crescente prevalenza di diabete e obesità, diventerà sempre più importante un

adeguato screening e gestione delle PAD.

- L'ipertensione e alimentazione scorretta sono i fattori di rischio più comuni. Va sottolineato che la gestione dell'ipertensione è tutt'altro che ottimale e la sua adeguata gestione è fondamentale. Una dieta sana può ridurre significativamente i fattori di rischio CVD e dovrebbe essere sistematicamente proposto ai pazienti a rischio.
- Nuovi fattori di rischio come l'inquinamento atmosferico e la compromissione della funzione renale hanno mostrato un impatto maggiore o simile su alcuni tipi di CVD come i classici fattori di rischio. Mentre la compromissione della funzione renale può essere valutata, l'esposizione all'inquinamento atmosferico o ad altri fattori ambientali è una nuova sfida. I nuovi fattori di rischio stanno progressivamente assumendo il rischio precedente e la ricerca sulla loro valutazione e gestione dovrebbe essere prioritaria.

BIBLIOGRAFIA

- Marques-Vidal P. Cardiovascular disease in Italy: good news, bad news and interesting news. *Eur J Prev Cardiol* 2021; 28: 383-84.
- Cortesi PA et al. Trends in cardiovascular diseases burden and vascular risk factors in Italy: the Global Burden of Disease Study 1990-2017; *Eur J Prev Cardiol* 2021; 28: 385-96.

Fibromialgia, una sfida per il medico

Alcune condizioni cliniche rappresentano una sfida diagnostica e terapeutica in assenza di test diagnostici specifici. Tra queste la fibromialgia la cui diagnosi dipende principalmente dai sintomi riferiti dal paziente

Sebbene i dati esatti non siano noti, molti studi suggeriscono che il 10%-15% di tutte le diagnosi rese non siano corrette. Alcune condizioni sono notoriamente più difficili da diagnosticare rispetto ad altre, data la loro somiglianza clinica con altre malattie e rappresentano una sfida, in assenza di test diagnostici specifici.

► Sindrome fibromialgica

Tra queste la sindrome fibromialgica (FM) manca di alterazioni di laboratorio o di specifici biomarcatori, di conseguenza la diagnosi dipende principalmente dai sintomi riferiti dal paziente. La sua diagnosi rimane comunque di esclusione, pertanto molti pazienti possono avere dei considerevoli ritardi diagnostici con conseguente impatto sulla malattia a lungo termine.

Di seguito proponiamo un quiz sulla diagnosi di fibromialgia. Le risposte sono contenute nell'approfondimento.

QUIZ

? **Quale affermazione è più accurata riguardo alla diagnosi di fibromialgia?**

- I pazienti con diagnosi di fibromialgia presentano tipicamente dolore su un solo lato del corpo o solo sopra o solo sotto la vita
- I criteri diagnostici includono sonno non ristoratore e sintomi somatici
- Per la diagnosi, il dolore deve essere presente per un minimo di 6 mesi
- La presenza di disfunzioni cognitive esclude una diagnosi di fibromialgia

► Approfondimento

Per definizione i pazienti che sviluppano fibromialgia presentano una storia clinica di dolore cronico persistente diffuso. La cronicità indica che il dolore e la dolorabilità sono stati presenti continuamente per ≥ 3 mesi.

Il dolore è considerato diffuso quando sono presenti tutte le seguenti localizzazioni: dolore al lato sinistro del corpo, dolore al lato destro del corpo, dolore al di sopra della vita, dolore al di sotto della vita. Deve essere presente dolore scheletrico assiale in almeno una delle seguenti sedi: rachide cervicale, torace anteriore, rachide dorsale o lombo-sacrale. Un dolore localizzato alle spalle o alle natiche conta come dolore del lato interessato e dolore in almeno 11 di 18 aree algogene alla palpazione digitale (*tender points*).

Oltre al dolore, i criteri diagnostici dell'American College of Rheumatology (ACR) richiedono che i pazienti abbiano sintomi significativi di affaticamento, sonno non ristoratore e alterazioni neurocognitive (difficoltà di pensiero e di memoria), alterazioni del tono dell'umore, unitamente a numerosi sintomi somatici. Tuttavia, la FM è una diagnosi di esclusione e i pazienti devono essere accuratamente valutati per la presenza di altri disturbi che potrebbero essere la causa dei sintomi prima che venga fatta una diagnosi di fibromialgia. La valutazione clinica può rivelare alcune comorbidità, per esempio:

- ipotiroidismo
- artrite reumatoide

- lupus eritematoso sistemico
 - polimialgia reumatica
 - altri disturbi infiammatori o autoimmuni
 - insufficienza cardiaca cronica
- A livello clinico si sovrappone sostanzialmente ad altre sindromi da sensibilità centrale, per esempio:
- sindrome da stanchezza cronica (malattia sistemica da intolleranza allo sforzo)
 - sindrome dell'intestino irritabile (IBS)
 - sindrome da dolore pelvico cronico/dismenorrea primaria
 - dolore all'articolazione temporo-mandibolare
 - mal di testa/emicrania di tipo tensivo
 - disturbo post traumatico da stress
 - sensibilità chimica multipla
 - disturbo del movimento periodico degli arti/sindrome delle gambe senza riposo
 - cistite interstiziale.

L'approccio terapeutico rimane un approccio multimodale nel quale il trattamento non farmacologico e quello farmacologico giocano un ruolo sinergico ma assolutamente individuale nella gestione del paziente nella pratica quotidiana.

BIBLIOGRAFIA

- Anand BS et al. Fast five quiz: commonly misdiagnosed conditions, 2021 https://reference.medscape.com/viewarticle/951840_2
- Sarzi-Puttini P et al. Consensus paper. Il problema "fibromialgia" e l'inserimento nei LEA. (www.senato.it)
- Newman-Toker DE et al. Rate of diagnostic errors and serious misdiagnosis-related harms for major vascular events, infections, and cancers: toward a national incidence estimate using the "Big Three". *Diagnosis (Berl)* 2020; 8(1): 67-84.

Efficacia dell'agopuntura in menopausa

La medicina cinese è la medicina delle donne per antonomasia e l'agopuntura risulta efficace ed affidabile nei disturbi della menopausa

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

La medicina occidentale, nonostante i suoi molti successi, non è ancora riuscita a dare una risposta definitiva ai diversi disturbi legati alla vita riproduttiva femminile; le terapie che abbiamo a disposizione sono poche e per questo sempre più donne si rivolgono all'agopuntura che si dimostra un alleato prezioso per intervenire sulle cause della malattia in modo rapido e stabile nel tempo.

La medicina cinese è la medicina delle donne per antonomasia, perché fin dall'antichità si occupa di tutte le patologie femminili: dolore mestruale, infertilità, sindrome premestruale, dolori pelvici cronici fino a endometriosi e ovaio policistico, che rappresentano oggi una vera e propria epidemia e non trovano nell'*usual care* una risposta adeguata.

Si utilizza in gravidanza per dolore e nausea, successivamente per favorire l'allattamento e trova indicazioni importanti durante la fecondazione assistita e nella depressione postparto dove può avere risultati molto importanti così come nei disturbi dell'attenzione e nei diversi stati psichici legati alle fluttuazioni ormonali.

Già nel 1970 l'OMS verificò il suo effetto specifico sull'ipofisi e sull'ipotalamo ed è ormai provato che il trattamento agopunturale sia in grado di modificare la pulsatilità dei diversi ormoni tramite la sua azione sul sistema oppioide nel circolo portale ipofisario; per questo trova indicazione in tutte le diverse sindromi ormonali a carico dei diversi assi.

► Affidabilità dell'agopuntura in menopausa

L'agopuntura è efficace e spesso indispensabile nei disturbi della menopausa come vampate di calore, insonnia, dolori diffusi, depressione e per fenomeni ritenuti secondari, ma molto temuti, come ritenzione idrica e aumento di peso. Durante questa lunga fase, la donna può sperimentare una miriade di altri squilibri legati al cambiamento ormonale che troppo spesso sono sovra o sottostimati per il difficile inquadramento diagnostico quali tachicardia, asma, ipertensione, disturbi gastrointestinali, disturbi immunitari, disturbi urinari.

In tutti questi casi l'agopuntura rappresenta una opzione terapeutica affidabile ed efficace perché interviene sulle cause della malattia, migliorando lo stato di salute, riducendo le possibili complicazioni e, soprattutto, la necessità di trattamenti farmacologici a lungo termine.

► "Raffinatezza" della medicina cinese

La medicina cinese possiede inoltre risorse importanti, una farmacopea efficace e molto studiata e una dietetica diversificata in base ai sintomi, talmente raffinata da diventare una moderna nutraceutica dove l'alimento diventa un vero medicinale specifico per le diverse patologie. Un aspetto molto interessante della medicina integrata è che riesce a dare al paziente

alcuni strumenti molto specifici come esercizi o consigli alimentari che gli consentono di verificare in prima persona l'impatto di un corretto stile di vita sulla malattia migliorando automaticamente la *compliance* alla terapia.

Durante la menopausa le donne sono sottoposte ad un grave stress ormonale mentre il carico di lavoro non diminuisce anzi forse aumenta con un profondo mutamento delle dinamiche affettive familiari per questo curare il proprio stile di vita e la propria alimentazione, che deve essere nutriente ma bilanciata, diventa una terapia indispensabile per ridurre i sintomi e combattere l'aumento di peso.

L'adattamento è la chiave per una menopausa fisiologica e per questo l'agopuntura - adattogeno per eccellenza - rappresenta una vera alternativa alla terapia ormonale sostitutiva. Un altro aspetto della menopausa che causa grande sofferenza, è la perdita del trofismo dei diversi tessuti, che provoca secchezza della pelle e delle mucose, perdita dei capelli ma anche prolasso e incontinenza urinaria; anche in questi disturbi l'agopuntura dimostra una grande efficacia e per tutte queste ragioni si può considerare davvero la terapia medica più amica delle donne.

BIBLIOGRAFIA

- Lund KS, Siersma V, Brodersen J, et al. Efficacy of a standardised acupuncture approach for women with bothersome menopausal symptoms: a pragmatic randomised study in primary care (the ACOM study). *BMJ Open* 2019; 9:e023637.



NUTRIENTI e SUPPLEMENTI

INFORMAZIONE QUALIFICATA DA FONTI QUALIFICATE



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



POSITION PAPER: COVID-19 E VITAMINA D



CURCUMINA E MALATTIE NEURODEGENERATIVE



VINACCE DI AGLIANICO E PROTEZIONE VASCOLARE



EFFICACIA DEL LATTE DI ASINA NELLE ALLERGIE



DIETA PRO-ANTIINFIAMMATORIA E CA MAMMARIO

Position paper: Covid-19 e vitamina D

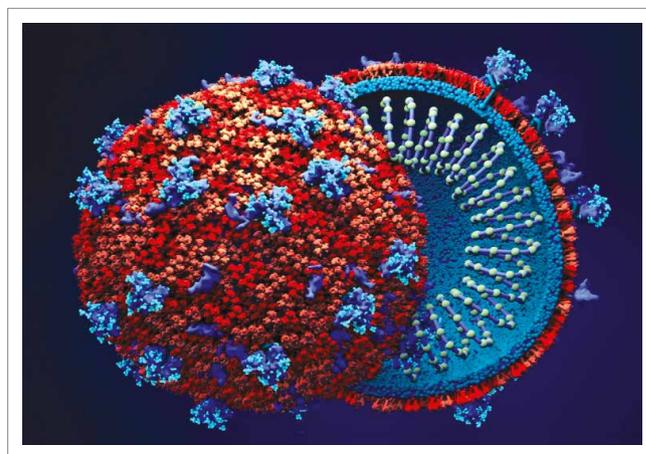
Pubblicato dal Gioseg il documento curato da autorevoli esperti italiani

Il Gioseg (Glucocorticoid induced osteoporosis skeletal endocrinology group) ha pubblicato un documento su Covid-19 e vitamina D curato da alcuni dei più autorevoli esperti italiani.

“Numerosi studi clinici hanno rivelato associazioni tra deficit di vit. D e accresciuto rischio infettivo, soprattutto del tratto respiratorio superiore”, sottolinea **Andrea Giustina**, presidente Gioseg e direttore dell'Istituto di scienze endocrine e metaboliche dell'ospedale Irccs San Raffaele di Milano. “Per questi motivi si osserva una crescente attenzione alla possibile correlazione tra i livelli di vit. D e l'infezione da Sars-CoV-2 e, quindi, alla possibile utilità della supplementazione in prevenzione e terapia”.

La prima raccomandazione è che tutti i pazienti ai quali sia già stata diagnosticata una condizione di ipovitaminosi D o abbiano in atto trattamenti che richiedano un'integrazione, continuino o inizino ad assumere vit. D. Negli over80 la supplementazione è suggerita a prescindere dai livelli

circolanti di vitamina D. Si raccomanda, poi, che gli over65 di entrambi i sessi con comorbidità, come diabete o obesità, che predispongono all'ipovitaminosi D e al Covid-19



grave, vengano attentamente valutati per il loro profilo di ipovitaminosi D con dosaggio della 25OHD; a tutti coloro che presentano livelli inferiori a 20 ng/ml andrebbe prescritta un'integrazione.

► Forme pre-attive e attive

Viene suggerito di prescrivere preferibilmente le forme pre-attive per la loro documentata efficacia e sicurezza nella popolazione generale, mentre le forme attive andrebbero riservate ai pazienti con insufficienza epatica o insufficienza renale. La posologia non deve superare quella indicata dalle linee guide e note Aifa per il trattamento della ipovitaminosi D. Tali raccomandazioni potrebbero non valere per gli obesi che richiedono supplementi maggiori. Per gli over80 in trattamento potrebbe essere utile, ma non indispensabile, verificare i livelli di

vit. D circolanti per una eventuale correzione posologica, mentre la verifica in soggetti più giovani è particolarmente raccomandata.

► Conclusioni

A oggi non si dispone di sufficienti evidenze per modificare i protocolli sanitari di terapia ospedaliera del Covid-19 con l'indicazione della somministrazione di vitamina D ai pazienti ricoverati. Così conclude il panel: "Lo sforzo mondiale, senza precedenti, di vaccinare tutta la popolazione a rischio, offrirebbe un'occasione unica di portare all'attenzione medica tutti i soggetti ai quali servirebbe il supplemento di vitamina D. Questo approccio potrebbe essere utile per affrontare la doppia questione pandemica, quella relativa a Covid-19 e quella relativa al deficit di vitamina D, somministrando insieme quest'ultima e il vaccino".

Curcumina e malattie neurodegenerative

Estremamente promettente il suo utilizzo nella prevenzione di patologie neurodegenerative

■ La ricerca negli ultimi anni guarda con grande interesse al mondo dei cosiddetti prodotti naturali per contrastare il rischio di patologie neurodegenerative. Una recente review (*Nutrients* 2021, 13(5), 1519) ha fatto il punto sulla curcumina e sui dati oggi disponibili su un suo possibile impiego a scopo neuroprotettivo.

Alessandra Berry, Centro di riferimento per le Scienze comportamentali e la Salute mentale dell'ISS e prima firma del lavoro, ha illustrato i contenuti.

► Peculiarità

Tra gli aspetti più interessanti della curcumina vi è la sua capacità di agire come antiossidante e antinfiammatorio e,



grazie alla sua peculiare struttura molecolare, anche di poter colpire direttamente le placche beta-amiloide in condizioni patologiche specifiche quali la malattia di Alzheimer. Quest'ultima caratteristica, unita alla tipica fluorescenza che la contraddistingue, rende la curcumina interessante anche dal punto di vista diagnostico e per il monitoraggio della progressione di quelle patologie degenerative. Per quanto riguarda le proprietà antinfiammatorie, la curcumina è in grado di bloccare il fattore di trascrizione NF-kB, con conseguente riduzione della produzione di citochine pro-infiammatorie. Come antiossidante, invece, è in grado di agire sia come "spazzino" dei radicali liberi, sia attraverso il fattore di trascrizione Nrf2 il cui potenziamento porta all'aumento della produzione di enzimi antiossidanti. Inoltre, stimola e potenzia le difese dell'organismo rendendolo più efficiente e pronto a fronteggiare condizioni stressanti. È proprio questo secondo aspetto, a rendere l'utilizzo della curcumina estremamente promettente nel contesto di strategie volte alla prevenzione delle patologie neurodegenerative.

► Supplementazione

La curcumina si caratterizza per una bassa solubilità in acqua, un'elevata instabilità nella maggior parte dei fluidi corporei e scarso assorbimento intestinale. Proprio questa criticità, sta spingendo l'industria farmaceutica verso la messa a punto di formulazioni orali in grado di aumen-

tarne la biodisponibilità e l'efficacia terapeutica/preventiva. L'impiego di nuove tecnologie si sta mostrando particolarmente promettente. Studi clinici volti a saggiare l'efficacia di trasportatori quali i fitosomi, in grado di aumentare sia l'assorbimento intestinale sia la permeabilità all'interno delle cellule della curcumina, stanno dando risultati molto promettenti.

► Conclusioni

La ricerca ha fornito indicazioni molto convincenti sull'efficacia della curcumina nel contrastare il declino

cognitivo. È di fondamentale importanza individuare specifiche popolazioni a rischio come, per esempio, le donne in pre-menopausa e tenere in considerazione gli effetti dello stato nutrizionale, della dieta e dello stile di vita nel valutarne l'efficacia.

Un'altra criticità è costituita dalla capacità futura d'individuare biomarcatori di efficacia. Inoltre, poiché le donne sono caratterizzate da una maggiore vulnerabilità alle patologie neurodegenerative simil-Alzheimer, tali studi dovrebbero anche tenere conto di effetti specifici di genere.

Vinacce di Aglianico e protezione vascolare

Dal taurisolo, antiossidante e antinfiammatorio, l'utilità nella protezione vascolare

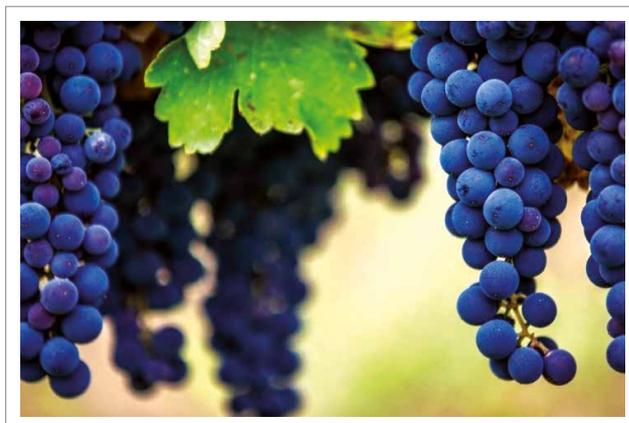
■ Nasce da un'intuizione di **Ettore Novellino**, già direttore del dipartimento di Farmacia dell'Università Federico II di Napoli, l'idea di utilizzare le vinacce di Aglianico per derivarne un estratto, il taurisolo, a forte capacità antiossidante e antinfiammatoria utile nella protezione vascolare. Ne è nato così un processo sperimentale che, dal laboratorio, è passato nel giro di poco tempo alla clinica, (*Nutrients* 2021, 13(5), 1540). Ne abbiamo parlato con **Alma Martelli**, del dipartimento di Farmacia dell'Università di Pisa e prima firma dello studio.

► Sostanze vasoprotettive

Tutte le vinacce sono ricche di composti polifenolici ma quelle di Aglianico, vitigno che viene vendemmiato tardivamente, dovendo resistere per un tempo maggiore, sviluppano strategie *anti-feedant*, per non essere attaccate e mangiate da animali e microrganismi, che le rendono particolarmente ricche in catechina, procianidine e resveratrolo. Spesso i polifenoli, principali responsabili dell'azione vasoprotettiva, presentano scarsa biodisponibilità, la formulazione, è stata opportunamente micro-incapsulata in maltodestrine rendendo maggiormente biodisponibili i principi attivi in essa contenuti.

► Risultati sull'uomo

È stato condotto uno studio clinico randomizzato, in doppio cieco, vs placebo, nel quale volontari sani hanno assunto l'estratto alla dose di 400mg, 2 volte/die, per 8 settimane. Nel gruppo trattato è stata riscontrata una riduzione significativa dei marker correlati allo stress ossidativo e un significativo miglioramento della funzionalità



endoteliale. Il nutraceutico si colloca a pieno titolo nell'ambito di quegli integratori che prevengono l'ipertensione e l'ipertrofia cardiaca associata. Inoltre, presenta una caratteristica fondamentale che, al momento, lo rende unico in questo settore: la dimostrata capacità di proteggere l'endotelio preservandone la completa funzionalità. Il mantenimento di tale funzionalità rappresenta un cosiddetto *unmet medical need*, ovvero una necessità terapeutica per la quale, attualmente, non abbiamo a disposizione soluzioni terapeutiche certe, ma che risulta di fondamentale importanza in molte patologie croniche (aterosclerosi, disfunzione erettile, diabete, ipertensione), e acute, quali coagulopatia secondaria alla tempesta citochinica generata da Covid-19 o vasculiti, e che potrebbero trovare nell'estratto un valido supplemento in grado di proteggere l'endotelio e che pertanto rappresenteranno il target di studi futuri.

Efficacia del latte di asina nelle allergie

Piena efficacia nell'allergia alle proteine del latte vaccino in età pediatrica

Il latte d'asina presenta proprietà nutrizionali e ipoallergeniche che lo rendono un sostituto ideale del latte vaccino in bambini allergici a quest'ultimo per l'alto contenuto di caseina e β -lattoglobulina. A fare il punto sul tema, una review pubblicata su *Nutrients* 2021, 13(5), 1509. Ne abbiamo parlato con **Paolo Polidori**, docente presso la Scuola di scienze del farmaco e dei prodotti della salute all'Università di Camerino. Infatti, dopo lo svezzamento dal latte materno e il passaggio al latte vaccino in polvere ricostituito a livello familiare con diluizione in acqua, in una percentuale di lattanti compresa tra il 3% e il 7%, può verificarsi la comparsa dell'allergia alle proteine del latte vaccino in quanto alcuni peptidi del latte di vacca risultano allergeni per alcuni piccoli consumatori.

► Specificità del contenuto vitaminico

Il latte di asina risulta molto più ricco di vitamina C rispetto al latte di vacca, mostrando valori assai simili al latte di donna. Anche alcune vitamine del complesso B sono ben rappresentate; in particolare sono stati determinati conte-

nuti superiori a quelli presenti nel latte umano e nel latte di vacca di niacina o vitamina B3, nota per il suo effetto di abbassamento dei lipidi ematici, di piridossina o vitamina B6, che nel latte di asina è molto più presente rispetto al latte umano, e una notevole presenza di acido folico o vitamina B9, nettamente superiore sia rispetto al latte umano che al latte vaccino. Tra le vitamine liposolubili, il latte di asina presenta un contenuto di vitamina A molto simile al latte di donna e nettamente superiore al latte vaccino, mentre la vitamina D risulta molto più abbondante.

► Conclusioni

Si conferma il dato della piena efficacia del latte di asina nel trattamento dell'allergia alle proteine del latte vaccino in pazienti in età pediatrica. Per gli adulti e per i soggetti in età geriatrica, il latte di asina può costituire una valida fonte alimentare facilmente digeribile di minerali e vitamine, consentendo una adeguata copertura dei fabbisogni giornalieri di questi micronutrienti.

Dieta pro-infiammatoria e ca mammario

Rischio superiore tra le donne a indice nutrizionale infiammatorio più elevato

Una dieta pro-infiammatoria aumenta il rischio di cancro al seno. Questa è l'evidenza di uno studio condotto su un campione di 350 mila donne arruolate nello studio Epic, avviato negli anni 90 per indagare il rapporto tra dieta, stili di vita e rischio di cancro. I risultati sono stati presentati in anteprima nei giorni scorsi a Nutrition 2021 live on line, il congresso dell'American society for nutrition. "La maggior parte degli studi che finora hanno preso in esame il rapporto tra dieta e cancro, si è concentrata su singoli nutrienti piuttosto che alimenti, anziché sulla dieta nel suo complesso", dice **Carlota Castro-Espin**, ri-

cercatrice presso il Catalan institute of oncology and Bellvitge biomedical research institute di Barcellona. In base a questionari nutrizionali su un campione di 27 alimenti, i ricercatori hanno determinato un indice infiammatorio della dieta di ciascuna delle 350 mila donne coinvolte, andando poi a correlarlo con l'incidenza di cancro al seno. La sorpresa è stata constatare una relazione lineare che ha evidenziato un rischio superiore del 12% tra le donne a indice nutrizionale infiammatorio più elevato rispetto a quello più basso. Il pericolo sembra maggiore in premenopausa ed è indipendente dalla tipologia ormonale del tumore.

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

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

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