

M.D.

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

Anno XXVII, numero 6 - 2020

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

IN QUESTO NUMERO

FOCUS ON 6

**Il futuro della Medicina Generale
tra buoni propositi
e stato dell'arte**

CONTRAPPUNTO 10

**Stiamo mettendo a rischio
l'assistenza ai cronici**

CLINICA 30

**Sarcopenia e implicazioni
metaboliche**

TERAPIA 34

**Sfide del futuro
nella riduzione del rischio
cardiovascolare**



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



Massimo Galli

*Direttore/Responsabile Malattie Infettive 3
Ospedale Luigi Sacco - Polo Universitario, Milano*

**La Medicina territoriale è decisiva
per il controllo delle epidemie**

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
La Medicina territoriale è decisiva per il controllo delle epidemie 5
- **Focus on**
Il futuro della Medicina Generale tra buoni propositi e stato dell'arte 6
- **Riflettori**
Vaccini antinfluenzali: scarsità di dosi e polemiche 8
- **Contrappunto**
Stiamo mettendo a rischio l'assistenza ai cronici 10
- **Prospettive**
La leva della riforma del Ssn saranno i medici di medicina generale 12
- **Professione**
Più tutele e pari opportunità per i medici delle cure primarie 13
- **Indagini**
Case della Salute: un modello incompiuto 14
- **Riflessioni**
Non c'è peggior sordo di chi non vuol sentire e si va alla deriva 16
- **Appunti**
Si deve scegliere una direzione, non si può indugiare 22

AGGIORNAMENTI

- **Cardiologia**
Nuove frontiere nel trattamento dei pazienti con NSTEMI 24
- **Endocrinologia**
Covid-19, grasso viscerale e prognosi 25
- **Diabetologia**
Associazione tra prediabete e rischio di mortalità 26
- **Epidemiologia**
Peculiarità femminili nel rischio di tumori da alcol 27
- **Gastroenterologia**
Ipokaliemia e disturbi gastrointestinali 28
- **Oncologia**
Diagnosi e trattamento della fatigue da cancro 29

CLINICA E TERAPIA

- **Clinica**
Sarcopenia e implicazioni metaboliche 30
- **Pratica medica**
Pretendo il Trattamento Sanitario Obbligatorio! 33
- **Terapia**
Sfide del futuro nella riduzione del rischio cardiovascolare 34
- **Congressi**
Up to date dalla cardiologia europea 38
- **Saper fare**
Disidratazione moderata nell'anziano 40
- **Rassegna da Nutrienti e Supplementi** 43

M.D.
MEDICINAE DOCTOR

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXVII numero 6 settembre 2020

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

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Pubblicità

Teresa Premoli
Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

La Medicina territoriale è decisiva per il controllo delle epidemie

Il professor **Massimo Galli** - Direttore/Responsabile Malattie Infettive 3 Ospedale Luigi Sacco Polo-Universitario, Milano - lo ha ripetuto fino allo sfinimento, nelle sue innumerevoli interviste, che il cardine di un efficace controllo delle epidemie passa attraverso una Medicina del territorio forte e ben strutturata.

Un concetto che ha tenuto a ribadire nell'intervista rilasciata a *M.D. Medicinae Doctor*.

"Forse la lezione più impietosa, che ha inferto l'emergenza Covid al nostro Paese, è stata quella di averci messo di fronte ai limiti della Medicina territoriale. Intendiamo - tiene a chiarire il professor Galli - quando parlo di limiti della Medicina territoriale non alludo affatto a responsabilità dei medici di medicina generale o dei pediatri di libera scelta. Mi riferisco, invece, all'evidente mancanza di coordinamento che ha fatto sì che proprio questi colleghi si siano trovati a dover affrontare l'epidemia senza rete, senza un riferimento organizzativo e, per un lungo periodo, senza i necessari dispositivi di sicurezza individuali. Le implicazioni di tutto ciò sono state estremamente negative: molti medici si sono ammalati e molti sono morti, tra cui un altissimo numero di Mmg".

I limiti espressi dall'impianto della nostra Medicina territoriale, per il Professor Galli, sono una palese conseguenza dei mancati investimenti fatti sul comparto che, di fatto, hanno esautorato il territorio di figure di riferimento 'istituzionali' soprattutto nel campo della prevenzione.

"L'inadeguatezza della Medicina del territorio in termini organizzativi generali - spiega il professore - è conseguenza dei mancati investimenti fatti sul comparto che hanno portato anche a rinunciare a figure di riferimento per lo svolgimento e il coordinamento delle campagne di prevenzione, dei veri e propri referenti sul territorio per la prevenzione".

La prevenzione, infatti, non sembra essere una priorità. "Un esempio concreto di ciò - evidenzia il professor Galli - viene da quanto accade nel nostro Paese in termini di copertura vaccinale. Prendiamo in considerazione le vaccinazioni per l'infanzia e la recente introduzione dell'obbligatorietà per cercare di garantirne le coperture. Malgrado ciò, sono molte le Regioni in cui l'obiettivo non è stato raggiunto, direi più per motivi organizzativo-gestionali, con differenze regionali evidenti, che per la riluttanza da parte dei genitori".

In tempi di Covid a preoccupare particolarmente è l'imminente campagna vaccinale anti-influenzale.

"In un anno come questo, in cui c'è la necessità di poter distinguere agilmente tra forme febbrili delle prime vie respiratorie, causate dal virus influenzale, e quelle che potrebbero essere causate dal coronavirus - precisa il professore - è evidente che una copertura vaccinale soprattutto degli anziani ultra-sessantacinquenni sia fondamentale. Mi auguro quindi che si riesca nell'impresa, così come mi auguro che si possa arrivare a vaccinare un numero maggiore di persone a rischio rispetto a quanto si è riusciti a fare in tempi recenti. Paradossalmente, proprio le persone a rischio per patologia associata, che dovrebbero vaccinarsi tutte, sono, per vari motivi, quelle che vengono vaccinate meno. Ogni anno l'influenza nel nostro Paese causa migliaia di morti, soprattutto in anziani e persone defedate o predisposte. Una parte consistente di questi decessi potrebbe essere evitata dalla vaccinazione influenzale, a prescindere dal Covid. La mia preoccupazione però cresce se prendo in considerazione la vaccinazione anti pneumococco su cui il nostro Paese ha un triste primato, quello di avere una delle coperture più basse in Europa tra le persone anziane".

"Detto tutto ciò - conclude il professor Galli - non posso dimenticare un ultimo aspetto inerente la Medicina territoriale: la Medicina scolastica a cui abbiamo deciso di rinunciare tempo fa. Ora ci troviamo ad affrontare la gestione di un'epidemia con la riapertura delle scuole senza gli opportuni presidi, per questo diventa importante ripristinare una presenza sanitaria a scuola, organizzata e coordinata.

A tale riguardo, credo che un ruolo rilevante, vista la capillare presenza sul territorio, spetti ai Mmg e ai Pls. Attenzione, non penso affatto ad un ruolo esclusivo, a un semplice scarico anche di questa responsabilità sulla categoria, ma quale elemento di gestione e collaborazione con l'insieme del sistema sanitario che ha il dovere di fare tesoro delle esperienze negative fatte durante l'epidemia".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Massimo Galli

Il futuro della Medicina Generale tra buoni propositi e stato dell'arte

Il rilancio della medicina territoriale con annessa centralità dei medici delle cure primarie è ormai divenuto un “assioma”. A tutti i livelli, politici, sindacali e sociali se ne riconosce la valenza per un nuovo e più efficiente assetto del Servizio Sanitario Nazionale, ma ciò non basta a frenare le preoccupazioni dei rappresentanti di categoria perché nel frattempo i tempi si allungano e, al di là delle buone intenzioni, i problemi restano sul campo

Le vie dell'Inferno sono lastricate di buone intenzioni. Un modo di dire che calza a pennello per il momento cruciale che sta attraversando la Medicina Generale e con esso i professionisti che la esercitano. Da anni si discute sulla necessità di una riforma di questo comparto, fulcro dell'intero sistema delle cure territoriali. Ma l'eterogeneità dell'assistenza territoriale, annessa ai diversi modi di erogare le cure primarie, a seconda delle scelte organizzative messe in campo dai medici di medicina generale, con i vari accordi regionali, provinciali e con le Asl di appartenenza, dà un quadro preciso della parcellizzazione di questo comparto e di un *modus operandi* estremamente variegato non solo da Regione a Regione, ma spesso anche all'interno dello stesso territorio. Molti si chiedono se sia solo un problema di organizzazione a poter risolvere le criticità dell'esercizio della Medicina Generale nel nostro Paese. E anche in questo campo le risposte non sono univoche e i distinguo sono diventati laceranti per l'intera professione, soprattutto per quanto con-

cerne l'iter formativo e i rapporti con lo Stato. Nel frattempo è arrivata un'epidemia che ha svelato tragicamente tutti i *vulnus* di un sistema sanitario che ha messo ai margini proprio quel comparto che ha sempre dichiarato esserne il fulcro, il *front office* del Sistema Sanitario Nazionale, per poi correre ai ripari, riconoscendo la necessità di una profonda riforma della medicina territoriale e con essa del ruolo dei medici di medicina generale e delle cure primarie.

Il Ministro della Salute è diventato il paladino di tale cambiamento, mostrando una palese apertura all'ascolto delle esigenze della professione attraverso i rappresentanti istituzionali e sindacali. L'istituzione del Tavolo ministeriale sulla Professione e la particolare attenzione data alla Medicina Generale è un esempio concreto di tale apertura assieme alla dichiarazione di voler impiegare parte dei fondi del *Recovery Fund* o del *Mes* per lo sviluppo della medicina convenzionata. Una dichiarazione che ha trovato il palese ed entusiastico commento del presidente della

FNOMCeO **Filippo Anelli**: “Il Governo sta facendo di tutto per trasformare la crisi in un'opportunità. E lo sta facendo investendo risorse nel Ssn, come mai era accaduto nel passato. Ora, con la disponibilità del *Recovery Fund*, siamo veramente a un punto di svolta: abbiamo l'occasione di innescare e portare avanti quel progetto di riforma che il nostro Servizio Sanitario nazionale attende da anni”.

Sull'utilizzo di questi fondi i sindacati dei Mmg confidano molto perché, la Medicina Generale, come ha ricordato qualcuno, è “forzatamente proiettata verso il futuro da semplificazione dell'invio della ricetta online, avvio della diagnostica in studio, compiti di telemedicina, disponibilità telefonica, ecc.” Obiettivi non certo realizzabili con zero risorse.

► Fondi per la MG

“Questi fondi - ha dichiarato **Silvestro Scotti** segretario generale della Fimmg - non possono non tenere conto delle esigenze del territorio nell'ottica di una possibile recrudescenza della pandemia, ma serviranno anche

e soprattutto ad ampliare le capacità di risposta e le offerte di prossimità: da una sanità digitale che veda il medico di famiglia come figura centrale, vicino al cittadino e pronto ad offrire risposte concrete anche nelle situazioni più complesse e alla strutturazione di micro team multiprofessionali che sostengano tali offerte e distribuiscano i carichi di lavoro, producendo economia di scala sul secondo livello assistenziale riuscendo così, da questo investimento, anche a recuperare risorse”.

Il Sindacato dei Medici Italiani, secondo quanto riferito dal segretario generale **Pina Onotri**, a latere del recente incontro avuto con il Ministro della Salute, ha addirittura chiesto che i fondi previsti dal *Recovery Fund* diventino strutturali per un adeguato finanziamento della medicina territoriale e che si metta mano alla riforma del Titolo V della Costituzione che ha parcellizzato l'assistenza in 21 Servizi Sanitari Regionali diversi.

“Si usino i fondi europei, Mes e *Recovery Fund*, per avviare finalmente un *new deal* per la nostra sanità: ne ha urgente bisogno”. È stato l'appello lanciato da **Francesco Esposito**, segretario generale Fismu, secondo cui, oggi più che mai “serve una riorganizzazione, anzi una rivoluzione delle cure primarie, una nuova MG e di continuità assistenziale h24 (in sicurezza e con strutture adeguate), con ambulatori moderni e attrezzati (telemedicina e diagnostica di primo livello, ma da non confondere con il ruolo degli specialisti), attraverso l'implementazione delle medicine di gruppo, Uccp, Aft, Case della Salute, ecc; l'applicazione in modo omoge-

neo e su tutto il territorio del Fascicolo elettronico e della Cartella digitale; la messa in rete di tutti i servizi, dalla specialistica ambulatoriale, agli ospedali, fino all'emergenza-urgenza. In questo ultimo settore è urgente approvare una riforma che preveda tra le altre cose il passaggio a dipendenza di tutto il personale medico del 118”.

► Tutti contano sui Mmg

Mentre il campo delle buone intenzioni si espande, nel frattempo però bisogna fare i conti con la recrudescenza dei contagi da Covid-19, con una campagna per la vaccinazione influenzale che già mostra le prime crepe organizzative. Campagna che rappresenta, sicuramente, un percorso ad ostacoli per i Mmg che dovranno somministrare il vaccino nei loro studi, mettendo in campo tutte le precauzioni per la sicurezza loro e dei loro assistiti. E c'è chi sull'operato dei medici delle cure primarie, per il contenimento dei contagi, conta molto come **Giuseppe Ippolito**, direttore scientifico dell'Istituto Spallanzani che, intervenendo al Meeting 2020 di Rimini, ha dichiarato: “In autunno bisognerà essere preparati per evitare nuove emergenze, servirà fare i test a tutti quelli che hanno un'affezione respiratoria e cercare di portare il minor numero di pazienti in ospedale. Per questo i medici di famiglia dovranno andare a vedere le persone a casa, dovranno fare loro stessi i tamponi. Se non si stabilisce questo sistema, per cui le persone non si portano in ospedale, non riusciremo a farcela”. Ma intanto l'esercito dei medici di medicina generale è stato falciato dall'epidemia, lasciando sul campo moltissimi colleghi e deve

fare i conti con l'uscita dal convenzionamento di molti medici che hanno raggiunto l'età della pensione. Il ricambio è difficile e l'imbutto formativo non giova a suo favore, malgrado l'innesto di alcune normative, l'impianto dell'iter formativo non è stato strutturalmente intaccato e nemmeno quello per ottenere la convenzione.

► Le preoccupazioni per il futuro

Non è quindi un caso se nella mozione finale del recente Consiglio Nazionale della Fimmg il sindacato ha espresso “la sua profonda preoccupazione per il futuro della Medicina Generale ancora sottoposta ad attacchi politici trasversali nonostante il contributo fondamentale dato durante l'emergenza sanitaria Covid”. E per questo motivo chiede “che in tempi brevissimi venga completato il percorso di rinnovo contrattuale che accompagni e favorisca la moderna strutturazione organizzativa della Medicina Generale e che, confermando la convenzione come strumento regolatorio del rapporto professionale, ne esalti la capacità di investimento, premiandone i risultati in termini di medicina d'iniziativa, prevenzione, cronicità, terminalità, domiciliarità territoriale e acuzie minore, e che preveda urgentemente la definizione di ruolo, compiti e funzioni specifiche da adempiere durante le fasi di emergenza sanitaria e/o calamità naturale”.

(A.S.)



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone il pdf della mozione finale Consiglio Nazionale Fimmg

Vaccini antinfluenzali: scarsità di dosi e polemiche

L'allarme lanciato sulla possibile carenza delle dosi di vaccini antinfluenzali, necessari ad una copertura ottimale, e la proposta del presidente della Fofi di poter somministrare tali vaccini anche nelle farmacie, come accade in molte parti del mondo, ha suscitato un acceso dibattito

Vaccinarsi contro l'influenza in farmacia? Si può fare se a somministrare il vaccino è un medico. A sottolinearlo, in una intervista, è il segretario generale della Fimmg, **Silvestro Scotti** che risponde così a quanto affermato recentemente dal presidente della Fofi **Andrea Mandelli**, secondo il quale è "impensabile che i Mmg riescano a dispensare in un mese 18 milioni di vaccini". Scotti ricorda che l'anamnesi vaccinale, necessaria prima di fare materialmente il vaccino, è un atto medico.

"Il vaccino rischia di diventare quello che sono state le mascherine e i guanti" a inizio epidemia - ha precisato Scotti, in una recente intervista rilasciata al quotidiano *Il Resto del Carlino* sulla vaccinazione antinfluenzale. "Sono stato il primo a dirlo. Era il 5 aprile e ho sollecitato tutte le Regioni a fare le gare per aggiudicarsi le dosi di vaccino, alcune si sono messe avanti, come ad esempio Lazio, Campania e Puglia, altre sono rimaste indietro, come la Lombardia che ha provveduto solo a giugno, e altre ancora forse dovranno essere coperte dalle eccedenze delle altre Regioni. È importante avere un monitoraggio per sapere quante sono le quote vaccinali che arrivano nel Paese, il numero di dosi vaccinali".

► L'allarme dei farmacisti

Il rischio è, appunto, che anche un cittadino in buona salute che si è sempre vaccinato abbia difficoltà a farlo perché mancano le dosi da

acquistare in farmacia. Infatti di recente anche i rappresentanti delle farmacie e dei farmacisti sono intervenuti sulla questione lanciando l'allarme sulla carenza dei vaccini a seguito dell'impossibilità, comunicata dalle aziende produttrici, di rifornire di vaccini le farmacie attraverso le quali viene dispensato annualmente circa un milione di dosi. Questa possibile carenza è dovuta all'importante aumento delle richieste da parte delle Regioni, anche a seguito dell'ampliamento delle categorie a rischio (in particolare l'abbassamento dell'età da 65 a 60 anni). Motivo per cui, il Ministero della Salute, dopo un incontro con i rappresentanti dei farmacisti e delle farmacie, ha avviata la richiesta di una rimodulazione delle quote dei vaccini antinfluenzali acquisiti dalle Regioni, in modo da soddisfare tramite le farmacie anche la richiesta dei cittadini che, pur non rientrando tra i soggetti aventi diritto alla vaccinazione a carico del Ssn, vorranno comunque vaccinarsi.

Secondo i dati della Fimmg, su 10 milioni di vaccinazioni in Italia 6-7milioni sono fatte dai medici di famiglia "In tempi di Coronavirus - ha ricordato Scotti - la vaccinazione antinfluenzale non sarà più come prima. Da dimenticare le sedute di vaccinazioni con trenta, quaranta pazienti per volta, si dovranno osservare le distanze e i divieti di assembramento. Certo è, spiegano gli epidemiologi, che la produzione di vaccini non può essere

umentata di tanto in poco tempo. Non sarà possibile quindi espandere all'infinito il numero di dosi in circolazione".

► La proposta della Fofi che fa discutere

In merito all'affermazione resa nei giorni scorsi dal presidente della Fofi Andrea Mandelli, secondo il quale è "impensabile che i medici di medicina generale riescano a dispensare in un mese 18 milioni di vaccini", Scotti in una successiva dichiarazione rilasciata ad *AdnKronos* ha risposto così: "I medici non ce la fanno a vaccinare? I farmacisti però non possono farlo. Questo perché l'anamnesi vaccinale, necessaria prima di fare materialmente il vaccino, è un atto medico. Non

può essere delegato ad altri". Per Scotti quanto affermato da Mandelli può essere frainteso e dar vita ad "un falso messaggio che rischia di far apparire una categoria, quella dei Mmg, inefficiente (qualunque sia la causa) a fronte di un'alternativa che non può essere attuata, perché la funzione non è ascrivibile, in questo momento, alla categoria dei farmacisti".

Il segretario generale della Fimmg lascia però aperto uno spiraglio, almeno teorico, alla possibilità di somministrare il vaccino in farmacia, purché a farlo sia un medico, altra eventualità prospettata da Mandelli. "Ma se ci fossero medici disponibili - precisa Scotti - si dovrebbero rafforzare le unità di territorio".

Al mondo sono 36 i Paesi che autorizzano la vaccinazione in farmacia

Ad autorizzare la vaccinazione in farmacia contro gli agenti patogeni più diffusi sono al momento 36 Paesi ai quali nei prossimi cinque anni si aggiungeranno altri 16 Paesi (tabella 1). È quanto rileva una recente indagine realizzata dalla Federazione Farmaceutica Internazionale (Fip). L'indagine, che ha permesso di aggiornare i dati della ricerca Fip del 2016, si basa su un censimento condotto tra dicembre e marzo 2020, al quale hanno risposto 106 organizzazioni rappresentative della professione di 99 Paesi. Rispetto alla ricerca del 2016, gli Stati dove la vaccinazione in farmacia è delegata al farmacista stesso sono passati da 13 a 26, crescono in-

vece da 7 a 10 quelli dove il vaccino è somministrato in farmacia, ma da un altro professionista sanitario (di solito medico e/o infermiere).

Tra i tipi di vaccino che le farmacie sono autorizzate a somministrare nei diversi Paesi vi sono quelli per l'influenza, l'epatite B e il tetano, ma nell'elenco sono compresi anche i vaccini per il morbillo, malaria, le infezioni da pneumococco.

Nella maggior parte dei Paesi dove la vaccinazione in farmacia è consentita, secondo i dati della ricerca, il servizio è a carico degli assistiti, soltanto in dieci casi a pagare è il Servizio sanitario pubblico e in sei il costo è coperto direttamente dalle farmacie.

TABELLA 1

Somministrazione vaccini in farmacia

	Effettuata da farmacisti	Effettuata solo da altri sanitari
Argentina	Sì	No
Australia	Sì	No
Bangladesh	No	Sì
Bolivia	No	Sì
Brasile	Sì	No
Canada	Sì	No
Chad	Sì	No
Congo	No	Sì
Costa Rica	Sì	No
Danimarca	Sì	No
Estonia	No	Sì
Filippine	Sì	No
Finlandia	No	Sì
Francia	Sì	No
Germania*	Sì	No
Grecia	Sì	No
Hong Kong	Sì	No
Indonesia	No	Sì
Irlanda	Sì	No
Islanda	No	Sì
Israele	Sì	No
Kenya	Sì	No
Libano	Sì	No
Malta	Sì	No
Nepal	No	Sì
Norvegia	Sì	No
Nuova Zelanda	Sì	No
Olanda	No	Sì
Paraguay	Sì	No
Portogallo	Sì	No
Regno Unito	Sì	No
Sierra Leone	Sì	No
Sud Africa	Sì	No
Svezia	No	Sì
Svizzera	Sì	No
USA	Sì	No
Venezuela	Sì	No

*In Germania dal 01/03/2020 è in vigore una legge che autorizza i farmacisti a vaccinare in farmacia. È in atto una sperimentazione, la legge diventerà operativa entro 5 anni.

Stiamo mettendo a rischio l'assistenza ai cronici

La crisi pandemica ha polarizzato l'attenzione sanitaria sull'assistenza ai pazienti Covid positivi paucisintomatici e non, coinvolgendo in prima linea anche i medici di medicina generale. Un coinvolgimento necessario, ma che non deve porre in secondo piano la priorità di continuare a visitare ed assicurare sul territorio gli standard assistenziali ai malati non Covid, a quelli affetti da patologie croniche che sembrano essere stati messi tra parentesi

Alessandro Chiari

Segretario Regionale Fismu Emilia Romagna

I medici di medicina generale (Mmg) devono indirizzare i pazienti sospetti di positività a SARS-CoV2 negli ambulatori dove poter effettuare una diagnosi precoce e sicura, ma il vero obiettivo assistenziale deve rimanere quello di continuare a garantire le cure necessarie per le patologie non Covid, di cui sono affetti i nostri pazienti, per la maggior parte cronici, o per diagnosi di patologie nuove. I pazienti Covid positivi, una volta individuati, devono essere trattati non dalla Medicina di Generale, ma dall'ospedale (negli appositi reparti) nei casi in cui questo sia necessario, oppure dagli ambulatori Covid dedicati o attraverso le Usca, anche in collaborazione con i medici di medicina generale.

► La campagna vaccinale

L'epidemia ha messo a dura prova il lavoro di tutti i medici e, per quel che concerne i Mmg, ha reso ancor più complesso l'esercizio della pratica quotidiana. Tra breve dovremmo fare i conti con la vaccinazione antinfluenzale

che, proprio in tempi di Covid, è sempre più raccomandata e dovrebbe coinvolgere una cospicua parte dei nostri assistiti. Dopo aver vaccinato il nostro paziente è prassi aver un tempo di *standby* necessario per la sorveglianza dello stesso al fine di vedere che non ci siano reazioni collaterali di piccola o grande entità. Attualmente, per il fattore Covid, è evidente che al paziente vaccinato deve essere garantita, per la sua incolumità il distanziamento nella sala d'attesa in cui, per legge dovrà fermarsi per almeno 15 minuti. Se consideriamo gli ambulatori di dimensioni standard in cui lavoriamo, al massimo potranno contenere non più di 2/3 persone in attesa di verifica. Questo allunga di molto la procedura. Ogni anno ho vaccinato circa 200 persone fra cui anche pazienti che erano nel mio studio per altre cause e per altre patologie. In un'ora, ben organizzato, potevo vaccinare dalle 20 alle 30 persone. In tempi di Covid, con un breve calcolo, per vaccinare 200 persone mi occorrerebbero quasi 10 giorni lavorati-

vi completi con l'inconveniente di non riuscire nel contempo a svolgere la restante attività ambulatoriale. Non si tratta di un inconveniente da poco. Motivo per cui, sarebbe il caso di pensare a specifici progetti o piani d'azione per poter vaccinare i nostri pazienti in luoghi più ampi e sicuri. Questo problema si propone ancora più criticamente e drammaticamente nelle Case della Salute dove, è vero che gli spazi sono maggiori, lavorano contemporaneamente più medici, facendo affluire più pazienti nella sala d'aspetto con il desolante risultato che il problema del distanziamento si ripropone come quello dell'allungamento dei tempi.

Sappiamo quanto sia importante anticipare i tempi di questa campagna vaccinale e altrettanto siamo consapevoli della necessità di dover mantenere la copertura vaccinale per più tempo possibile in attesa del vaccino Covid specifico e, nel contempo, stare molto attenti a non trasformare i nostri studi e ambulatori in possibili luoghi di contagio. Non possiamo

permetterci di mollare affatto tutte le misure di gestione prudente e anti contagio che abbiamo messo in atto come medici di medicina generale nei nostri studi al fine di contenere gestire possibili focolai.

► Qualcuno si prenda delle responsabilità

L'emergenza sanitaria dovuta alla crisi pandemica non è stata gestita politicamente al meglio e in modo opportuno. Anzi, se dobbiamo dirla tutta, ha creato una serie di problemi. Le difficoltà riscontrate nell'aver una diagnosi precoce e un'assistenza adeguata sono state messe in secondo piano. Il primato è stato della politica che ha tenuto a privilegiare problematiche sociali di consenso, trascurando delle vere e proprie falle nel sistema assistenziale e di gestione delle pandemie. Un'emergenza è un'emergenza e per pianificare la strategia verso questo tipo di criticità bisogna immaginare e prepararsi a pianificare il peggior scenario possibile. Solo in questo modo ci si può dire pronti ad affrontare un'emergenza pandemica, pensando di poterla sorvegliare e contenere se non addirittura sconfiggerla.

► Cosa abbiamo imparato

Al momento, con le armi che abbiamo a disposizione sappiamo che bastano poche cose per arginare questa epidemia: le mascherine, il distanziamento sociale, l'igiene delle mani e soprattutto un sistema di sorveglianza attivo capace di individuare sin da subito i positivi asintomatici, che al momento si spostano ancora troppo liberamente. Vista la situazione attuale dei con-

tagi, avrei più di qualche remora sulla riapertura delle scuole. Se è vero che i giovani non vanno incontro a complicanze gravi tali da richiedere l'intubazione, almeno in questo momento di clima favorevole, devono stare comunque molto attenti perché diventano gli untori preferiti per i propri familiari, genitori, nonni e affini.

È chiaro che nella fascia superiore ai 60 anni si esprime al massimo la potenza di questo virus e purtroppo, anche qui, c'è stata una guerra mediatica tra "scienziati" e non dove sono state vendute come sentenze scientifiche quelle che solamente erano opinioni personali. Quando uno ha un'opinione deve dire "questa è la mia opinione" altrimenti si deve assumere le proprie responsabilità che possono avere delle implicazioni medico legali sia civili, sia penali per avere dato delle indicazioni che possono esporre i cittadini a qualsiasi tipo di condotta spregiudicata o quantomeno non consona alla necessaria attenzione che la popolazione deve mantenere in questo frangente, favorendo il dilagarsi dell'epidemia.

► Resetare la strategia?

Malgrado la situazione, continuare a caricare la Medicina Generale e chi la esercita di responsabilità che spesso ne travalicano ruolo e compiti, soprattutto in assenza di una solida strutturazione della medicina territoriale e in un contesto geopolitico di elevata eterogeneità dei livelli essenziali di assistenza, potrebbe rivelarsi controproducente. Se, per esempio, consideriamo i test sierologici per il personale scolastico, dove esistono le forme associate Ucc, Aft, Case della Salute, ecc.

l'esecuzione può non presentare particolari criticità, ma negli studi classici, individuali dei Mmg invece le problematiche sulla possibile effettuazione in sicurezza sono notevoli.

I medici di medicina generale, pur mantenendo la gestione ambulatoriale con tutte le attenzioni finora utilizzate per la gestione dell'epidemia, si devono concentrare sul rimanente arco di patologie, perché uno dei gravi errori, in questa fase dell'emergenza, è quella di non concentrarsi su questi pazienti che, giocoforza, sono stati posti in secondo piano e che però hanno continuato ad ammalarsi, peggiorare o morire e non hanno potuto usufruire dell'assistenza dovuta visto il blocco di visite, esami, riabilitazioni, ecc. che l'emergenza ha comportato. Bisogna creare le condizioni affinché, anche con le dovute precauzioni, a questi pazienti venga garantita l'assistenza sanitaria dovuta.

Purtroppo troppi medici e colleghi di Medicina Generale sono caduti in servizio per questa pandemia e ciò non dovrà più accadere. Motivo per cui sarebbe opportuno che prima di dare dichiarazioni scelerate, qualcuno collegasse il cervello o quanto ne resta.

L'esercito deve conservare i suoi guerrieri, se vuole combattere, e non sacrificarli stupidamente mandandoli a impegnarsi in battaglie sbagliate e senza le giuste armi a disposizione. Non vorremmo finire come Ronnie Van Zant della rock band Lynard Skynard: mentre l'aereo che li stava trasportando stava precipitando, a un certo punto, reossi conto della situazione anche se completamente ubriaco, prima di morire nell'impatto, disse "baciati il ...".

La leva della riforma del Ssn saranno i medici di medicina generale

A sostenere ciò il presidente della FNOMCeO, che ha commentato positivamente il recente insediamento del Tavolo permanente di confronto con la Professione sulla Medicina Generale, istituito dal Ministro della Salute, che avrà il compito di dar voce alle proposte della professione medica per una riforma della medicina territoriale

“La lungimiranza del Ministro della Salute sta creando il terreno per una vera riforma del nostro Ssn, sia sul versante ospedaliero sia su quello territoriale. Il Governo riconosce il ruolo forte che i Mmg, insieme agli altri professionisti, possono e devono avere nel rilancio di tali cure e, più in generale, nella *governance* della salute individuale e collettiva. Da parte nostra, noi medici non possiamo che rispondere al forte appello lanciato dal Ministro a tutelare la salute pubblica in questo delicato momento, rinnovando la nostra disponibilità, in ottemperanza all'articolo 9 del nostro Codice di Deontologia”. È quanto ha ribadito **Filippo Anelli**, presidente della FNOMCeO, in occasione del recente insediamento del Tavolo ministeriale sulla Medicina Generale a cui partecipano anche i sindacati della Medicina Generale, portando le loro proposte.

“Quello che stiamo vivendo è, nel bene e nel male, un momento straordinario - ha esordito Anelli-. Un momento straordinario, perché la salute pubblica è provata dalla pandemia di Covid-19. Ma specialmente perché il Governo sta facendo di tutto per trasformare la crisi in un'opportunità. E lo sta facendo investendo risorse nel Ssn,

come mai era accaduto nel passato. Ora, con la disponibilità del *Recovery Fund*, siamo veramente a un punto di svolta: abbiamo l'occasione di innescare e portare avanti quel progetto di riforma che il nostro Servizio Sanitario Nazionale attende da anni”.

► Una riforma necessaria

“L'ultima riforma risale al 1999, ed è quella voluta dall'allora Ministro Rosy - ha spiegato -. Una riforma che, a distanza di più di vent'anni, ha esaurito la sua forza propulsiva e mostra i suoi punti di debolezza”. “Oggi più che mai sembra essere necessaria una sostanziale modifica dell'organizzazione dell'assistenza territoriale - ha auspicato -. Assistenza che non può più essere in capo a un singolo medico, il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta, ma deve essere erogata da un team multidisciplinare, che metta a disposizione del cittadino, in uno stesso luogo e in modo sinergico, le diverse e peculiari competenze dei professionisti. In altre parole, un sistema che, per rispondere in modo appropriato alle domande di salute dei cittadini, metta, sul territorio, i professionisti al centro, e non più le aziende”.

“Le risorse che l'Europa oggi mette a disposizione del Governo italiano possono davvero fare la differenza - ha concluso - e permettere una modifica sostanziale dell'organizzazione e dell'erogazione dell'assistenza, con modalità che già in parte si stanno sperimentando in diverse Regioni”.

► Impiego fondi *Recovery Fund*

L'intervento del Ministro della Salute al Tavolo sulla possibilità di impiegare parte dei fondi del *Recovery Fund* per lo sviluppo della medicina convenzionata è stato accolto con soddisfazione. Per il segretario generale della Fimmg, **Silvestro Scotti**, l'impiego di una parte dei fondi per la MG dovrà avere come obiettivo l'ampliamento delle capacità di risposta e delle offerte di prossimità: da una sanità digitale che veda il Mmg come figura centrale, vicino al cittadino e pronto ad offrire risposte concrete anche nelle situazioni più complesse, alla strutturazione di micro team multiprofessionali che sostengano tali offerte e distribuiscono i carichi di lavoro producendo economia di scala sul secondo livello assistenziale così riuscendo da questo investimento anche a recuperare risorse.

Più tutele e pari opportunità per i medici delle cure primarie

È quanto ha chiesto il Sindacato dei Medici Italiani al Ministro della Salute in un recente incontro in cui il sindacato ha consegnato un documento programmatico sul futuro sviluppo della Medicina Generale. Inoltre Smi ha proposto che i fondi previsti dal Recovery Fund diventino strutturali per un adeguato finanziamento della medicina territoriale

Le parole chiave del recente incontro svoltosi al Ministero della Salute tra il Sindacato dei Medici Italiani (Smi) e il ministro Roberto Speranza, sono: maggiori tutele per i medici, coperture assicurative per danni fisici ed economici derivanti da infortuni causati dalla attività lavorativa e malattie professionali considerate rischiose e usuranti; contratto unico per l'area della MG con uguali tutele e investimenti; inquadramento a ruolo nella dirigenza medica con apposito emendamento all'art.8 comma 1bis 502/92. Parole chiave che sono il fulcro del documento programmatico per il futuro sviluppo della Medicina Generale che Smi ha consegnato al Ministro. Secondo quanto dichiarato da **Pina Onotri**, Segretario Generale e **Ludovico Abbaticchio**, Presidente Nazionale Smi, l'incontro al Ministero si è svolto in "un clima di cordialità e di fattiva collaborazione in un'ottica di tutela e di sviluppo di un Ssn equo universale ed accessibile". "Abbiamo fatto presente - hanno precisato i rappresentanti dello Smi - quali sono le attuali difficoltà che i medici di medicina generale vivono in merito agli infortuni sul lavoro e specificamente quelli

causati dal contagio da Covid 19. È un paradosso che alle famiglie di questi professionisti non sia riconosciuto, in caso decesso, alcun indennizzo". Inoltre, come maggiori garanzie e tutele per i medici di famiglia il sindacato ha chiesto che gli studi dei Mmg siano riconosciuti quali presidi del Ssn, limitati alle ore di attività convenzionale. In merito ai fondi previsti dal *Recovery Fund*, la proposta sindacale è che questi diventino strutturali per un adeguato finanziamento della medicina territoriale. Altro problema fatto presente è la parcellizzazione dell'assistenza sanitaria in 21 Servizi Sanitari Regionali che non garantiscono adeguatamente i livelli essenziali di assistenza e creano disparità di trattamento e di assistenza nei vari territori. Motivo per cui urge una riforma del Titolo V della Costituzione.

► Ruoli e contratti

"Un giudizio positivo da parte del Ministro Speranza è arrivato sulla proposta del passaggio del personale del 118 al rapporto di lavoro di dipendenza - hanno tenuto a sottolineare Onotri e Abbaticchio - mettendo fine ad una precarietà infinita per questo strategico set-

tore medico di emergenza/urgenza. Anche per quanto concerne la riapertura della area della medicina dei servizi, per poter consentire ai medici convenzionati di poter entrare nelle attività distrettuali, il Ministro ha mostrato la sua disponibilità. Si è esaminato, inoltre, il ruolo importante del medico nell'opera di prevenzione ed educazione sanitaria con riferimento alla figura del medico scolastico. Abbiamo fatto presente che, per mettere fine alle diverse condizioni lavorative dell'area medica, occorre prevedere un contratto unico per chi lavora col Ssn. Ultima questione fatta presente, ma non per importanza, è la necessità d'istituire la specializzazione in Medicina Generale". Smi, infatti, aveva espresso il suo parere favorevole all'emendamento presentato al DL Semplificazione sulla realizzazione della Scuola di Specializzazione in Medicina Generale, di Comunità e delle Cure Primarie.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il pdf del Documento programmatico Smi

Case della Salute: un modello incompiuto

I risultati della ricerca “Case della Salute e Presidi territoriali di assistenza, lo stato dell’arte”, condotta da Crea Sanità, il Centro per la ricerca economica applicata in Sanità, per conto della Funzione Pubblica Cgil, mostrano i limiti e le criticità dello sviluppo delle CdS nel nostro Paese. Ma c’è un’eccezione e riguarda l’Emilia Romagna, a rivelarlo uno studio dell’Agenzia sanitaria e sociale della Regione

Non ancora alternativo all’ospedale e non abbastanza innovativo nell’offerta di servizi, così si presenta lo Stato dell’arte delle Case della Salute (CdS) nel nostro Paese. È in estrema sintesi il quadro che emerge dalla ricerca *‘Case della Salute e Presidi territoriali di assistenza, lo stato dell’arte’* condotta da Crea Sanità, il Centro per la ricerca economica applicata in Sanità, per conto della Funzione Pubblica Cgil, presentata di recente dal sindacato. Scarsa è, infatti, l’apertura dei servizi offerti durante i prefestivi, quasi assenza negli orari serali, così come sono rare le strutture che garantiscono un’apertura h24. Inoltre, pur registrandosi una diffusa presenza di ambulatori infermieristici e di Medicina Generale, in diverse strutture gli orari di apertura sono limitati e spesso lo è anche il personale presente. Mentre il principio basilare dell’integrazione tra sociale e sanitario sembra ancora lungi dall’essere realizzato. In un momento di discussione, dettata dall’emergenza Coronavirus, di riorganizzazione dei servizi socio-sanitari e di centralità del territorio, la Fp Cgil ha presentato un’indagine condotta su 121 Case della Salute localizzate in 10 diver-

se regioni, che per ragioni di significatività dei dati sono state accorpate in 8 raggruppamenti, unendo Abruzzo e Molise e Basilicata e Calabria, raccogliendo informazioni su: professionalità, tipologia di servizi offerti, caratteristiche dell’utenza, costi e tempi di attesa, criticità, prospettive e aree di miglioramento dei servizi. L’indagine approfondisce così diversi indicatori organizzativi delle CdS, ovvero orari di apertura, presenza di discipline specialistiche, ambulatori infermieristici, presenza dei medici di medicina generale, servizi diagnostici, presenza di cure intermedie, Rsa e hospice e altri specifici indicatori. Emerge così che, rivela la ricerca, *“se anche in alcune realtà regionali si assiste ad uno sviluppo sul lato dei servizi garantiti sul territorio, non sembra però si stia sviluppando un modello di offerta davvero innovativo e alternativo all’ospedale: le logiche prevalenti sembrano rimanere quelle classiche, orientate a logiche di programmazione dell’offerta, e meno attente all’individuazione dei bisogni emergenti sul lato della domanda”*.

- **Offerta** - Fatta eccezione per l’area Abruzzo/Molise, nella quale il bacino di utenza è mediamente

inferiore alle 10 mila unità, e del Lazio, che presenta al contrario una quota del 64% di strutture con bacino di utenza che supera le 50 mila unità, in tutti gli altri contesti le Case della Salute si distribuiscono in maniera abbastanza equilibrata su bacini di utenza compresi tra le 10 e le 50 mila unità. Gli accessi degli utenti, relativi al 2018, alle strutture analizzate ricalcano effettivamente la distribuzione per bacino di utenza, con un valore più basso (sotto le 5 mila unità) in Abruzzo/Molise, e più alto (oltre le 50 mila) nel 42% delle strutture del Lazio. Anche il Veneto, nell’80% dei casi, vede una media di accessi annui sotto le 5 mila unità. Nelle altre Regioni gli accessi annui tendono a equiripartirsi nelle fasce intermedie, ovvero quelle tra le 5 mila e le 50 mila unità.

- **Orari** - Un elemento chiave, data la finalità e il ruolo che le Case della Salute debbono svolgere sul territorio, è rappresentato dagli orari di apertura al pubblico. L’indagine ha permesso di apprezzare come risulti una prevalenza di strutture che hanno adottato la formula dell’orario continuato, con un numero di ore di apertura gior-

naliere più frequentemente comprese tra le 6 e le 14 ore. Solo nelle Marche prevale la formula dell'h24, che invece rimane residuale nelle altre Regioni considerate. Si segnala anche che in Puglia le strutture sono per lo più aperte con la formula dell'orario spezzato. La maggior parte delle strutture (il 41%) è aperta 6 giorni a settimana. Circa il 36% è aperta 5 giorni a settimana: solo il 22% delle strutture rimane aperta 7/7 giorni. Questa formula è percentualmente più adottata in Veneto e nell'area Basilicata/Calabria. Il 62.8% delle strutture è aperto di sabato: l'apertura pre-festiva è più presente nelle Marche (al 100%), nel Lazio (71,4%) e in Basilicata/Calabria (75%). Sono aperte anche la domenica il 40% delle Case della Salute in Veneto, l'83.3% nelle Marche, il 75% in Basilicata/Calabria; sono invece una minoranza in Emilia Romagna, Toscana e Lazio.

- **Servizi** - Nella maggioranza dei casi (86%) sono presenti all'interno della struttura gli studi dei medici di medicina generale, rimangono sotto o al livello del 50% le

strutture del Veneto (40%) e della Basilicata/Calabria. Tipicamente risultano esserci tra 5 e 10 Mmg per struttura, solo nelle Marche è più frequente che siano meno di 5 mentre nel Lazio sono quasi lo stesso numero quelle con 10 Mmg e oltre.

Per quanto riguarda gli ambulatori infermieristici, questi sono presenti nel 95% dei casi, con un'incidenza leggermente inferiore in Veneto (80%) ed Abruzzo/Molise (86%). L'apertura degli ambulatori infermieristici è molto variabile regionalmente: nel complesso sono aperti per oltre 50 ore settimanali nel 16,5% dei casi, per 25-48 ore settimanali nel 32.1%, per 13-24 ore settimanali nel 29.4%, e fino a 12 ore settimanali nel 22% dei casi. Il 40% delle strutture ha un organico di infermieri superiore alle 15 unità, ma un terzo si ferma a 3-4. In relazione ai servizi specialistici, dalla rilevazione risulta che la figura del cardiologo è presente nel 77% dei casi, il dermatologo è presente nel 66,1% dei casi, il diabetologo/endocrinologo nel 50.4%, l'oculista nel 69.4%, l'ostetrico nel 38.8%, lo pneumologo nel 43.8%. In generale si os-

serva un gradiente crescente (maggior presenza di servizi specialistici) scendendo verso meridione.

► Conclusioni

Poche sono le strutture che costituiscono una vera alternativa all'accesso in ospedale, per altro con orari di apertura degli ambulatori e dei servizi specialistici durante la settimana appaiono in molti casi insufficienti.

Allo stesso modo, la correlazione tra la presenza dei medici di medicina generale e di Pediatria di libera scelta e i rispettivi orari di presenza in relazione ai bacini di utenza, lascia intendere una scarsa capacità di presa in carico dei bisogni di salute.

Infine, è ancora molto poco presente all'interno delle Case della Salute una vera integrazione tra sociale e sanitario, affatto visibile nei servizi descritti.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone il pdf "Case della salute e presidi territoriali di assistenza"

Ma in Emilia Romagna le CdS fanno ben sperare

Meno accessi in codice bianco al Pronto Soccorso, meno ricoveri ospedalieri per le patologie trattabili in ambulatorio. Più assistenza domiciliare al paziente, sia infermieristica sia medica. Le Case della Salute in Emilia Romagna fanno bene ai cittadini e al sistema sanitario regionale. A rivelarlo uno studio dell'Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna che ha analizzato l'impatto di queste strutture sul territorio nel decennio 2009-2019. I risultati confermano che il modello funziona. Dove c'è una Casa della Salute si riducono del 16,1% gli accessi al Pronto soccorso per cause che non richiedono un intervento urgente, percentuale che sfiora il 25,7% quando il medico di medicina generale opera al loro interno. Contemporaneamente, calano (-2,4%) i ricoveri ospedalieri per le patologie che possono essere curate a livello ambulatoriale, come diabete, scompenso cardiaco, BPCO, polmonite batterica. Anche in

questo caso l'effetto è maggiore (-4,5%) se presente il medico di medicina generale. Non solo, perché nei territori serviti dalle Case della salute si è intensificata nel tempo (+9,5%) l'assistenza domiciliare al paziente, sia infermieristica che medica. In termini assoluti le CdS hanno consentito, nella popolazione servita a livello regionale da queste strutture, di prevenire ogni anno mediamente circa 6.300 accessi in Pronto soccorso per motivi inappropriati e 250 ricoveri per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale; parallelamente, sono stati erogati 3.000 servizi di assistenza domiciliare in più.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone il pdf "Ricerca Ass-Emilia Romagna"

Non c'è peggior sordo di chi non vuol sentire e si va alla deriva

L'emergenza Covid ci ha impartito una lezione? È questa la domanda che si pone l'autore dell'articolo, di cui pubblichiamo una sintesi. La risposta è affermativa, l'epidemia infatti ha messo a nudo le sciagurate conseguenze della frammentazione della nostra sanità, la necessità di dare nuovo vigore al Ssn, mettendo al centro il ruolo dei Mmg. Ma la politica sembra non fare tesoro di questa lezione

Carlo Iannotti - *Medicina Generale, Benevento*

Nelle tante tragedie, l'emergenza Covid ha anche un merito: quello di star urlando all'intera Italia, cittadini e politici, che la Sanità è una cosa seria e va trattata con rispetto. L'epidemia ha messo a nudo le sciagurate conseguenze della frammentazione della nostra sanità, spezzettata in venti sistemi regionali diversi. Ha altresì denunciato impietosamente la mala gestione e gli sprechi delle Regioni. I disastri causati dall'emergenza sembrano aver convinto perfino gli amministratori ad ammettere che "qualcosa non è andato per il verso giusto" e che c'è la necessità ineludibile di profondi cambiamenti strutturali in sanità pubblica. Purtroppo accade che invece di prendere atto della assoluta necessità di ridimensionare il privato e di ridare centralità al ruolo dei Mmg, puntando sulla snellezza di un esercito autonomo, capillarmente diffuso sul territorio e forte della personale conoscenza dello stato socio-sanitario di ciascuno dei propri assistiti, si teorizza di andare nella direzione opposta: quella di complicare ulteriormente l'inefficiente sistema fagocitando completamente anche la MG nella sciagurata visione ospedalocentrica della sanità.

► Un ragionamento malsano

L'osservazione alla base del ragionamento malsano di qualcuno è che i distretti sanitari, che avrebbero dovuto coordinare la medicina territoriale, hanno sofferto di un carente rapporto gerarchico con i Mmg e non hanno potuto contare su di loro per l'azione di prevenzione e sorveglianza. *"Per superare questa frammentazione bisognerebbe riportare la Medicina Generale all'interno del servizio pubblico"* e *"i medici di famiglia dovrebbero diventare dipendenti pubblici (...)"* sono alcuni dei mantra che abbiamo imparato ad ascoltare. Così, mentre sembra che ci si renda conto che i guai più grossi si sono verificati dove il territorio è stato mortificato, si teorizza di ospedalizzare anche il territorio anziché puntare sulla sua valorizzazione. Una svolta epocale per qualcuno, ma che rappresenterebbe solo la fine della medicina del territorio che avrebbe per il sistema esiti completamente contrari a quelli auspicati. Basti solo pensare che il nostro attuale datore di lavoro, che tra pur mille difficoltà rimane l'utenza, sarebbe sostituito dalla Asl con l'esito dello stravolgimento definitivo della *mission* dei

Mmg. E che non aleggi il minimo sospetto corporativistico sulla posizione negativa dei medici. Noi ne guadagneremmo soltanto. Sia in ordine all'azzeramento del rischio di impresa che in abolizione di oneri, costi e responsabilità di manutenzione delle attrezzature e degli studi, riduzione dell'orario di lavoro (attualmente senza limiti) e, finalmente, quelle ferie e malattia pagate che sono oggi diventate una chimera per la irreperibilità di medici disponibili a sostituzioni. Bisogna battersi, invece, per una radicale rifondazione del Ssn, perché non è in agonia, è morto.

► Un dibattito surreale

Da anni si discute dell'ammodernamento della Medicina Generale avviata dalla legge Balduzzi, ma il dibattito è diventato tanto surreale quanto privo di ogni effettiva connessione con i problemi reali. I sindacati, dal canto loro, hanno il demerito di non riuscire a proporre un modello organizzativo funzionale nell'ambito della gabbia normativa calata dall'alto dalla legge Balduzzi che andrebbe invece del tutto smantellata. Anzi, ad ogni rinnovo convenzionale, sia nazionale sia regionale, i sindacati svendono pezzi di professionalità.

Il decreto attuativo, firmato di recente dal Ministro della Salute, rende concreto lo stanziamento previsto dalla Finanziaria 2020 per dotare i Mmg e i pediatri di libera scelta di strumenti di diagnostica di primo livello. Una cappellata di grandezza stellare che si muove sulla scia di quanto proposto da alcune Regioni con la connivenza di alcuni sindacati di categoria che mirano solo a recuperare, con metodi di ripiego totalmente sbagliati, quanto perso dalla categoria in termini di potere di acquisto negli ultimi dodici anni.

Non abbiamo affatto bisogno di essere caricati di compiti che non sono alla nostra portata, né nelle nostre competenze, né nella vocazione della Medicina Generale. Quasi nessun medico di famiglia è in grado di usare un ecografo e pretendere che lo utilizzi nella sua pratica quotidiana è una assurdità fantasiosa e pericolosa. È consapevole mistificazione ripetere che si tratta di una diagnostica di primo livello perché o il medico ha quelle competenze necessarie, che si acquisiscono in anni di studio e di esperienza, o non le ha affatto e rischia di provocare sconquassi inenarrabili. Tranne che il Mmg non si cauti praticando, di necessità, una medicina difensiva, reindirizzando ogni paziente esaminato ad un medico specializzato. Insomma un inutile spreco di risorse a parte dover registrare quanto sia 'curioso' che per un verso la Asl ci tratta come medici incapaci impedendoci sistematicamente di fare il mestiere che sappiamo fare e per un altro pretende che ne facciamo più di uno che non sappiamo fare. Sarebbe questo il modo di valorizzare la nostra figura professionale?

► Le toppe peggio del buco

Già in epoca pre-Covid gli amministratori partorivano periodicamente ogni sorta di sciocchezza nel tentati-

vo di tamponare il sovraffollamento cronico dei Pronto Soccorso. Da incompetenti hanno stupidamente teorizzato di farlo potenziando l'offerta del territorio. Come? In prima istanza è stata proposta l'apertura degli studi dei Mmg h24 tranne poi rendersi conto che nemmeno gli schiavi potrebbero lavorare h24. Si è così tornati alla carica con la proposta di un orario lavorativo h12 ed - infine - un h12 realizzato con la turnazione di Mmg aggregati forzatamente in Aft calate dall'alto. I nostri amministratori continuano a fare confusione tra qualità e quantità dei servizi sia di quello fornito dai medici di famiglia sia da quello fornito dai Pronto Soccorsi. Fingono di non capire o proprio non capiscono che i cittadini non hanno bisogno di un medico in qualsiasi orario della giornata, ma di un medico che possa farsi carico del loro problema e li guidi alla sua risoluzione. Non di un medico qualsiasi, ma del proprio medico di fiducia, la cui relazione personale è sempre stata il cardine assoluto della qualità del nostro lavoro e della soddisfazione dell'utenza.

► Le liste d'attesa

Nel modello proposto il proprio medico non potrebbe essere sempre di turno, perciò i pazienti potrebbero essere costretti ad inseguirlo invano tra un inevitabile cambio di turno e l'altro. Peraltro i nostri amministratori non riescono a capire che la presenza di un Mmg disponibile h12 ma privo di strumenti diagnostici e di specialisti in grado di usarli, non potrà mai surrogare un Pronto Soccorso e perciò non dissuaderà l'utenza da un loro utilizzo improprio. Non da ultimo non si capisce perché forzare il territorio ad attività improprie ed inutili anziché risolvere i problemi laddove realmente stanno. Le vere cause del sovraffollamento dei Pronto Soccorso dovrebbero essere note agli amministratori, alme-

no quanto lo sono agli addetti ai lavori. Stanno 'a monte', ed esclusivamente nei lunghissimi tempi di attesa per una prestazione convenzionata Asl e l'ormai eccessivo costo dei ticket per la prestazione stessa. Ma nulla si è fatto in proposito perché abbattere le liste di attesa delle Asl avrebbe significato spendere soldi per assegnare più ore agli specialisti convenzionati od incrementare il numero degli specialisti stessi. In alternativa nemmeno si è intervenuti 'a valle', provvedendo a potenziare le piante organiche dei Ps e le relative dotazioni strumentali a cominciare dal numero dei posti letto a loro disposizione.

► Serve una riforma rivoluzionaria

Per riportare la sanità alla sua normale *mission* di tutela della salute dei cittadini è necessaria una grande alleanza tra cittadini, medici e media che reclamino a gran voce una riforma sanitaria coraggiosa, anzi rivoluzionaria. L'emergenza Covid ed i connessi fondi europei possono rappresentarne l'occasione irripetibile. Per ridarle dignità ed efficienza non è sufficiente un semplice cambio di passo. Bisogna mettere in campo un'altra visione del sistema a cominciare dal ruolo del medico di famiglia e della presa in carico dei pazienti sul territorio. I Mmg devono avere un ruolo centrale nell'assistenza territoriale e l'autonomia reale di prendersi cura dei propri pazienti, assumendo liberamente ogni decisione diagnostica e terapeutica, di stabilire da primo attore collegamenti costanti, agevoli e diretti con tutte le strutture operanti nel territorio.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il pdf dell'articolo integrale

Si deve scegliere una direzione, non si può indugiare

L'emergenza da Covid-19 ha messo tutti di fronte a un bivio: c'è un mondo da reinventare, occorre muoversi, soprattutto in campo sanitario dove alcune cose possono essere fatte a costo zero, come, per esempio, la messa sul mercato di confezioni farmaceutiche allineate ai cicli di terapia

Luigi Casadei

Medicina Generale, Riccione (RN)

La pandemia da Covid-19 ha messo tutti di fronte a un bivio: c'è un mondo da reinventare, occorre muoversi. La quantità di risorse necessarie alla sfida sembra tuttavia inaccessibile. Parlando di Sanità, molto si è fatto per "sottrarre fisicamente" alle sale d'attesa una platea di persone che le frequentavano soprattutto per la ripetizione delle ricette dei farmaci in terapia cronica. Altro si può ancora fare a costo zero, nell'ottica di limitare gli accessi e, di conseguenza, l'affollamento e dunque i possibili contagi.

► Un falso obiettivo

L'Unità Operativa Assistenza Farmaceutica Territoriale della mia Asl pubblica periodicamente (ad uso interno) i report riassuntivi sull'andamento degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva. Per il 2019, fra gli obiettivi da raggiungere, c'era l'utilizzo delle confezioni contenenti un numero maggiore di compresse, ad esempio quelle da 28 compresse per gli Inibitori di Pompa Protonica e quelle da 28-30 compresse per i farmaci contenenti un calcio

antagonista (amlodipina). Tali confezioni avrebbero infatti consentito un ragguardevole risparmio sui costi. Un progetto condivisibile, minato a mio parere da alcune falle iniziali, che però parte da un paradosso.

Le mie *performance* di prescrittore sono molto positive per la mia Asl e vanno del tutto nella direzione auspicata dagli obiettivi aziendali.

Tuttavia, mi preme sottolineare, che l'impiego dei farmaci in confezioni "maggiorate" è un obiettivo fuorviante, fumo negli occhi. I veri attori protagonisti non siamo noi medici di medicina generale o le Asl sono l'Aifa e l'industria farmaceutica.

Le confezioni dei farmaci vengono, infatti, proposte dall'industria e approvate per la commercializzazione dall'Aifa.

A tale proposito mi chiedo a cosa servono, per fare un esempio, ma ce ne sono tanti da fare, le confezioni di Inibitori di Pompa Protonica (IPP) da 14 compresse, visto che due settimane di terapia sono previste in scheda tecnica come durata minima solo per omeprazolo e lansoprazolo e

si passa a un trattamento minimo di 4 settimane per esomeprazolo, rabeprazolo, pantoprazolo.

► Proposte

Il packaging dei farmaci rappresenta un costo all'inizio, un costo ambientale per lo smaltimento e un costo che si traduce in maggiore inutile ricorso al medico di famiglia e alla farmacia.

L'Aifa dovrebbe regolamentare in modo più appropriato le confezioni dei farmaci che devono essere utilizzati per tempi lunghi e/o indefiniti.

Le leggi dovrebbero consentire (per esempio ai farmaci antipertensivi) confezioni da 60 compresse e garantire almeno 4 mesi di terapia al paziente cronico. L'Aifa dovrebbe regolamentare l'uso degli IPP e stabilire uno stop della rimborsabilità, dopo due anni di trattamento, per le indicazioni di maggiore durata della terapia.

Trascorso tale periodo, il paziente - edotto dei rischi di effetti collaterali - dovrebbe accedere a tali presidi in fascia C, senza rimborso dei vari Ssr.

AGGIORNAMENTI



■ **CARDIOLOGIA**

Nuove frontiere nel trattamento dei pazienti con NSTEMI

■ **ENDOCRINOLOGIA**

Covid-19, grasso viscerale e prognosi

■ **DIABETOLOGIA**

Associazione tra prediabete e rischio di mortalità

■ **EPIDEMIOLOGIA**

Peculiarità femminili nel rischio di tumori da alcol

■ **GASTROENTEROLOGIA**

Ipokaliemia e disturbi gastrointestinali

■ **ONCOLOGIA**

Diagnosi e trattamento della fatigue da cancro

■ CARDIOLOGIA

Nuove frontiere nel trattamento dei pazienti con NSTEMI

La cardiologia italiana si distingue per una sperimentazione clinica indipendente, in grado di influenzare le pratiche di trattamento della sindrome coronarica acuta senza soprasslivellamento del tratto ST (NSTEMI). Una strategia "orientata" sul paziente e non sull'impiego aspecifico di farmaci entro 24 ore dall'evento è fondamentale per la prognosi futura del malato, con maggior sicurezza e risultati migliori: una coronarografia tempestiva eseguita per via radiale, consente migliore prognosi indipendentemente dalla tempistica del trattamento farmacologico.

È stato presentato al congresso dell'European Society of Cardiology "DUBIUS" (*Downstream Versus Upstream Strategy for the Administration of P2Y12 Receptor Blockers*) un trial randomizzato multicentrico (30 centri italiani) promosso dalla Società Italiana di Cardiologia Interventistica (GISE), iniziato nel 2015 con il coinvolgimento di circa 1.500 pazienti.

"Abbiamo dimostrato che una strategia basata sulla somministrazione di un antiaggregante solo dopo la certezza della diagnosi ottenuta dalla coronarografia entro le 24 ore dall'evento e con approccio radiale incide sui risultati più di quanto faccia la tempistica della terapia farmacologica e rende superflua l'an-

nosa discussione sulla necessità di un trattamento antiaggregante a monte (tutti i pazienti) o a valle (trattamento selettivo) della rivascolarizzazione". Così il Presidente del GISE e *investigatore* principale **Giuseppe Tarantini** (Direttore Cardiologia Interventistica, Università di Padova) commenta lo studio.

► Lo studio

I pazienti arruolati sono stati assegnati casualmente ad una delle due strategie (pretrattamento o assenza di pretrattamento). Lo studio ha dimostrato un'incidenza di eventi avversi gravi (morte, infarto, ictus, sanguinamento) entro 30 giorni dall'arruolamento molto bassa (3%) e numericamente sovrapponibile nei due gruppi di studio. Inoltre, è stato osservato che il 99% dei pazienti è stato sottoposto a coronarografia, eseguita in oltre il 95% dei casi tramite un'arteria del polso - in linea con la migliore pratica clinica italiana - e non dall'inguine. Nel 75% dei casi la procedura è stata eseguita entro circa 1 giorno dal ricovero. Il 72% dei malati nel corso dell'esame è stato sottoposto a un'angioplastica. Una minoranza di casi (6%) ha richiesto l'esecuzione di un intervento cardiocirurgico di bypass aorto-coronarico. In quasi 1 paziente su 5, non è stata necessaria una proce-

dura di rivascolarizzazione e in 1 su 10 il sospetto diagnostico iniziale di infarto non è stato confermato.

► Commento

I risultati del DUBIUS contribuiscono a mettere la parola fine all'interrogativo che da sempre è motivo di dibattito sull'opportunità di somministrazione di antiaggreganti prima o dopo la conferma della diagnosi con la coronarografia. Lo studio conferma che il farmaco senza strategia medica non basta, a volte non serve e ogni tanto è dannoso. La terapia vincente rimane il dottore e non il blister. Pensiamo a chi, in corso di infarto NSTEMI deve sottoporsi a bypass coronarico (circa 6%) o a quelli che dopo la coronarografia non hanno confermata la diagnosi d'infarto, ben il 15%. Al momento i tempi di attesa nel caso di bypass, per chi ha avuto un precedente trattamento antiaggregante sono di 5-7 giorni, con un aumento di rischi di complicanze e costi di gestione. Tempi che, se il paziente non è stato pretrattato, possono essere quasi azzerati - afferma Tarantini.

BIBLIOGRAFIA

- Tarantini G, Mojoli M, Varbella F, et al. Timing of Oral P2Y12 Inhibitor Administration in Non-ST Elevation Acute Coronary Syndrome. *J Am Coll Cardiol* 2020; S0735-1097(20): 36444-5.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Giuseppe Tarantini

■ ENDOCRINOLOGIA

Covid-19, grasso viscerale e prognosi

■ Mikiko Watanabe

*Specialista in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo
Dottore di ricerca in Scienze Endocrinologiche
Dip. Medicina Sperimentale - V Clinica Medica
Sapienza Università di Roma*

Molti studi stanno dimostrando che un indice di massa corporea elevato (IMC) rappresenta un importante fattore di rischio per una peggior prognosi per Covid-19. Questo sembra essere vero soprattutto tra i giovani¹, mentre l'andamento clinico degli anziani sarebbe meno influenzato dall'eccesso di peso.

È stato tuttavia dimostrato che l'IMC, perdendo accuratezza nella diagnosi dell'eccesso di grasso corporeo negli anziani, non può essere considerato un buon modo per valutare il grado di obesità in questa fetta della popolazione. Ad oggi, però, rimane difficile ottenere una valutazione più accurata attraverso l'analisi della composizione corporea nei pazienti malati durante una pandemia.

La deposizione di grasso viscerale (intra-addominale), quantificata attraverso una TC toracica di routine utilizzata in pazienti con Covid-19, può essere un prezioso indicatore della composizione corporea.

Il nostro studio dimostra che i pazienti intubati di tutte le età, e non solo i giovani, hanno un maggior quantitativo di grasso viscerale. In

particolare, per ogni aumento pari ad un'unità di grasso viscerale, si ha una probabilità 2.5 volte maggiore di dover essere intubati per poter respirare (OR 2.5; 95% CI 1.02-6.02), e il grasso viscerale sembrerebbe addirittura più importante dello stato polmonare nello spiegare la necessità di una ventilazione meccanica².

Tale dato non ci ha sorpreso: il grasso in eccesso, ed in particolare viscerale, è associato ad un quadro infiammatorio cronico di basso grado che è dimostrato essere il *primum movens* di tutta una serie di alterazioni metaboliche come il diabete e l'ipertensione arteriosa, noti fattori di rischio indipendenti per una peggior prognosi di Covid-19. Non solo: il grasso viscerale secreta Interleuchina-6 ed induce una iperattivazione del complemento, entrambi meccanismi implicati nella risposta esagerata del sistema immunitario a Sars-Cov-2 di cui tanto si è parlato in questi mesi, responsabile della cosiddetta tempesta citochinica. Infine, l'eccesso di grasso è stato associato ad una peggiore funzione respiratoria che certamente non facilita il decorso di

una patologia come il Covid-19³.

Nel caso si dovesse verificare una seconda ondata della pandemia prima dell'arrivo del vaccino sarà di vitale importanza non farci cogliere impreparati: potrebbero essere proprio questi nuovi dati a consentire l'identificazione di un predittore clinico fruibile nell'immediato, utile non solo per affrontare al meglio la carenza di letti in terapia intensiva, ma anche per far fronte alla necessità di una selezione tempestiva di pazienti più a rischio di sviluppare complicanze respiratorie.

BIBLIOGRAFIA

1. Kass, D.A.; Duggal, P.; Cingolani, O. Obesity could shift severe COVID-19 disease to younger ages. *Lancet* 2020, 395, 1544-1545.
2. Watanabe M, Caruso D, Tuccinardi D, Risi R, Zerunian M, Polici M, Pucciarelli F, Tarallo M, Manfrini S, Mariani S, Basciani S, Lubrano C, Laghi A and Gnessi L. 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.
3. Watanabe M, Risi R, Tuccinardi D, Baquero CJ, Manfrini S, Gnessi L. Obesity and SARS-CoV-2: A population to safeguard [published online ahead of print, 2020 Apr 21]. *Diabetes Metab Res Rev.* 2020;e3325.



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

■ DIABETOLOGIA

Associazione tra prediabete e rischio di mortalità

Nella popolazione generale e nei soggetti con malattia cardiovascolare aterosclerotica la condizione di prediabete risulta associata ad un aumentato rischio di mortalità sia per tutte le cause sia per malattie cardiovascolari. La segnalazione arriva da una ampia metanalisi pubblicata recentemente su *BMJ*, che ha indagato 129 studi, su un totale di oltre 10 milioni di soggetti.

Ma non solo: nella popolazione generale, una ridotta tolleranza al glucosio comporta un rischio più elevato di mortalità per tutte le cause, malattia coronarica e ictus rispetto alla ridotta glicemia a digiuno.

► Dati della metanalisi

I ricercatori hanno scoperto che nel corso del follow-up mediano di circa 10 anni, il prediabete era associato a un aumentato rischio di mortalità per tutte le cause, malattia cardiovascolare composta, malattia coronarica e ictus nella popolazione generale (rischi relativi, 1,13, 1,15, 1,16 e 1,14, rispettivamente).

Rispetto ad una normoglicemia, nel prediabete la differenza di rischio assoluto era rispettivamente di 7,36, 8,75, 6,59 e 3,68 per 10.000 anni-persona per mortalità per tutte le cause, malattia car-

diovascolare composta, malattia coronarica e ictus.

Nel follow-up mediano di 3,2 anni, il prediabete è stato associato a un aumento del rischio di mortalità per tutte le cause, malattia CV composta e malattia coronarica (RR 1,36, 1,37 e 1,15, rispettivamente), ma non è stato osservato alcun aumento del rischio di ictus tra i pazienti con malattia CV aterosclerotica.

La differenza di rischio assoluto nel prediabete rispetto alla normoglicemia era rispettivamente di 66,19, 189,77, 40,62 e 8,54 per 10.000 anni-persona per gli individui con malattia cardiovascolare aterosclerotica.

► Implicazioni dello studio

Considerando l'elevata prevalenza di prediabete e l'associazione forte e significativa tra tale condizione e il rischio per la salute dimostrata nella ricerca, gli autori suggeriscono che un intervento in questa vasta popolazione potrebbe avere un effetto importante in termini di salute pubblica.

Sebbene il prediabete sia comunemente asintomatico, rappresenta una finestra di opportunità per prevenire la progressione verso il diabete di tipo 2 e le sue complicanze.

Un intervento di comunità rivolto

alla modifica dello stile di vita può portare a una riduzione significativa dell'incidenza del diabete. È stato dimostrato inoltre che l'intervento sullo stile di vita e in persone selezionate il trattamento con metformina può essere efficace anche in termini di riduzione dei costi.

Tra tutti, NAVIGATOR (studio a lungo termine di nateglinide e valsartan per prevenire o ritardare il DMT2 e le complicanze cardiovascolari) ha dimostrato che negli individui ad alto rischio di malattie CV con ridotta tolleranza al glucosio, un sano stile di vita, fisicamente attivo, è utile nella riduzione dell'impatto delle malattie cardiovascolari. Già le ultime linee guida della Società Europea di Cardiologia su diabete, prediabete e malattie cardiovascolari raccomandano i cambiamenti dello stile di vita come un aspetto chiave di prevenzione del DMT2 e delle malattie cardiovascolari.

Lo screening e la corretta gestione del prediabete potrebbero dunque contribuire alla prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari.

BIBLIOGRAFIA

- Cai X, Zhang Y, Li M et al. Association between prediabetes and risk of all cause mortality and cardiovascular disease: updated meta-analysis. *BMJ* 2020; 370 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m2297>.
- Cosentino et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J* 2020;41:255-323.

■ EPIDEMIOLOGIA

Peculiarità femminili nel rischio di tumori da alcol

Il consumo di alcolici è fortemente associato alle neoplasie dell'apparato digerente e dell'apparato respiratorio superiore e, in misura minore, ai tumori del colon-retto, fegato, mammella e, per un elevato consumo (>5/6 bicchieri/die) stomaco e pancreas. Globalmente l'alcol è la seconda causa di tumori, dopo il tabacco, ed è responsabile di circa il 7% sia di tutti i tumori e delle morti. I rischi relativi per molti tumori sono analoghi per donne e uomini, tuttavia le donne tendono a bere meno. Inoltre, il tumore della mammella è molto più frequente nelle donne, pertanto, la quantificazione dell'associazione tra basse dosi di consumo di alcol e tumori noti per essere correlati all'alcol è importante soprattutto per la popolazione femminile.

Carlo La Vecchia, Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità,

Università degli Studi di Milano ha affrontato il tema nel corso del congresso "Nutrimi" 2020.

► **Le stime**

La stima mondiale del numero totale di tumori associati all'alcol nelle donne è di oltre 230.000 di cui circa la metà di tumore della mammella, mentre i decessi sono 120.000, di cui 35.000 associati sempre al ca della mammella. Se la popolazione femminile evitasse elevati consumi di alcol, attenendosi ad un consumo moderato (non più di 1 bicchiere/die) circa l'85% dei 230mila casi di tumore potrebbe essere evitato. Un altro dato significativo che i tumori del primo tratto digerente e respiratorio sono frequenti solo nelle fumatrici, per cui se una donna consuma livelli moderati di alcol, ma non fuma, il rischio è trascurabile, men-

tre il rischio di tumore alla mammella associato all'alcol è presente anche nelle donne non fumatrici. Generalmente le donne bevono meno degli uomini, ma è importante considerare anche i consumi moderati: anche un solo bicchiere di alcol al giorno aumenta di circa il 4-5% il rischio relativo di tumore della mammella. L'alcol dunque è uno dei pochi fattori di rischio dove è possibile mettere in campo iniziative di prevenzione, rispetto ad altri fattori.

Un errore diffuso è ritenere che in Italia il consumo di alcol sia in aumento: in realtà insieme alla Francia, nel nostro Paese si assistito ad una sostanziale riduzione dei consumi negli ultimi 40 anni, tanto che dalla fine degli anni Ottanta il consumo è diminuito di circa il 75%. Questo perché un tempo si tendeva a bere alcol anche a pranzo, abitudine che nella maggior parte dei casi è stata abbandonata e perché in realtà le giovani generazioni consumano regolarmente meno alcol rispetto al passato, contribuendo così alla riduzione dei consumi.

Il messaggio da trasmettere alle donne è quello di perseguire una riduzione rientrando nel consumo moderato, anche perché l'alcol si diffonde quasi istantaneamente in tutti i tessuti corporei e siccome le donne tendono ad avere una massa corporea inferiore rispetto agli uomini i livelli di alcol nei tessuti è più alto.

Dati dalle metanalisi

I dati sul consumo moderato di alcol (1 bicchiere/die), sono stati ricavati da metanalisi o ri-analisi collaborative di selezionati tumori correlati all'alcol.

- **Cancro orofaringeo:** rischio relativo (RR) complessivo di carcinoma orofaringeo 1,21 (rispetto ai non bevitori o bevitori occasionali).
- **Carcinoma a cellule squamose dell'esofago:** RR 1.31-1.35.
- **Tumore mammario:** in una ri-analisi collaborativa sul ca mammario, i RR erano 1.01 ($p>0.05$) per le donne che hanno riportato un consumo di alcol <5 g/giorno e 1,03 ($p>0.05$) per coloro che ne hanno consumato 5-14 g/giorno. Il "Million Women Study" ha trovato un RR pari a 1.08 ($p<0.05$) per 3-6 bicchieri/settimana (da circa 4 a 8 g/giorno), rispetto ai non bevitori.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Carlo La Vecchia

■ GASTROENTEROLOGIA

Ipokaliemia e disturbi gastrointestinali

Com'è noto, sono diverse le situazioni in cui la presenza di disturbi gastrointestinali è associata alla necessità di una supplementazione di sali di K⁺. In generale, qualunque fattore che aumenti il volume delle feci, dalla diarrea infettiva alla chemioterapia antitumorale, è in grado di provocare significative perdite di potassio e ipokaliemia¹ (tabella 1).

In particolare, in pazienti con diarrea, vomito e che assumono alcuni farmaci, come lassativi ed emetici, si stima che le perdite di potassio attraverso il tratto gastrointestinale possano aumentare da 3 a 6 volte².

TABELLA 1
Cause di perdita di potassio nelle feci

Diarrea infettiva (colera, Salmonella, Strongyloides, Yersinia, diarrea associata ad AIDS)
Tumori (vipoma, adenoma villosa del colon, sindrome di Zollinger-Ellison)
Bypass digiuno-ileale
Fistola enterica
Malassorbimento
Difetti del trasporto ionico intestinale (diarrea congenita da cloruro)
Terapia antitumorale (chemioterapia, radioterapia)
Geofagia

Gennari FJ. *N Eng J Med* 1998; 339: 451-8

Qualora sia necessaria una integrazione di sali di potassio in presenza di questo tipo di problematiche è importante considerare strategie adeguate che permettano di ripristinare livelli di potassiemia appropriati evitando nel contempo il rischio di iperkaliemia. In questo senso, la supplementazione orale, quando possibile, è più sicura, perché il potassio entra in circolo in maniera più lenta¹.

Inoltre, può essere opportuno tenere presente che alcuni sali di potassio, come il cloruro, possono avere un'azione lesiva a livello gastrointestinale e potrebbero essere associati a un maggiore rischio di insorgenza di ulcere e/o emorragie¹.

Alcune formulazioni di sali di potassio tengono conto di questa evenienza. È il caso, per esempio, dell'associazione dei 5 sali contenuti in Potassion[®] (bicarbonato, citrato, malato, succinato, tartrato), che è stata selezionata anche in base alla loro minore gastrolesività e quindi alla buona tollerabilità dopo assunzione orale³. Per ridurre ulteriormente il rischio di gastrolesività è raccomandabile assumere il prodotto diluito in acqua o dopo i pasti³.

► Ipokaliemia e PPI

Un'altra situazione che negli ultimi anni sta emergendo con una certa frequenza è il riscontro di ipokaliemia in soggetti che assumono inibitori di pompa protonica (PPI). Si trat-

ta, com'è noto, di farmaci che inibiscono irreversibilmente la pompa protonica H⁺/K⁺ ATPasi, condizionando la secrezione acida delle cellule parietali dello stomaco⁴.

I PPI hanno raggiunto una enorme diffusione nei paesi industrializzati⁴.

Come emerso da uno studio su oltre 10 milioni di segnalazioni provenienti dall'FDA Adverse Event Reporting System, l'ipokaliemia risulta associata a PPI più frequentemente di quanto sia riscontrabile con gli antagonisti dei recettori H2 dell'istamina (OR: 6.3), anch'essi molto usati come antiacidi⁴.

I meccanismi con cui i PPI causerebbero ipokaliemia potrebbero essere diversi. Tra le possibili spiegazioni vi è l'osservazione che i PPI sono associati a maggiore rischio di ipomagneziemia, che può provocare, a sua volta, ipokaliemia aumentando la secrezione di potassio per via renale⁵.

Clinicamente è stato descritto come la supplementazione di questo catione e la sospensione della assunzione di PPI siano in grado di riportare i livelli di potassio nella norma⁵.

Su queste basi, è opportuno valutare attentamente i livelli di potassio sierico nei pazienti che assumono PPI per poter procedere tempestivamente alla correzione in caso di alterazioni.

BIBLIOGRAFIA

- Gennari FJ. *N Eng J Med* 1998; 339: 451-8.
- Kokot F, Hyla-Klekot L. *Pol Arch Med Wewn* 2008; 118: 431-4.
- Potassion[®] Riassunto delle caratteristiche del prodotto
- Makunts T, et al. *Sci Rep* 2019; 9: 2282. doi: 10.1038/s41598-019-39335-7.
- Chandra A, et al. *J Clin Case Stu* 2017 2. doi: http://dx.doi.org/10.16966/2471-4925.152

■ ONCOLOGIA

Diagnosi e trattamento della fatigue da cancro

È recente la pubblicazione delle prime "Linee Guida europee sulla diagnosi e il trattamento della *fatigue*" da cancro, approvate dall'European Society of Medical Oncology (ESMO). Uno strumento prezioso di supporto ai clinici per comprendere, e quindi affrontare questo complesso sintomo, che colpisce la quasi totalità dei pazienti: l'80%-90% durante la chemioterapia o radioterapia e che nel 20% persiste molti anni dopo la terapia. Inoltre si manifesta nel 40% dei casi già al momento della diagnosi. Primo autore della pubblicazione è **Alessandra Fabi**, Responsabile dell'Unità di Fase 1 e Medicina di Precisione dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena.

Nessun farmaco specifico per ora: le linee guida raccomandano l'esercizio fisico aerobico, tecniche di mindfulness, yoga ed interventi psicosociali. Gli steroidi solo in pazienti selezionati, mentre molto insoddisfacenti, fino ad ora, si sono dimostrati l'utilizzo di farmaci psicostimolanti ed antidepressivi.

La "fatica legata al cancro" è un contenitore di situazioni di inadeguatezza soggettiva: la *fatigue* è ciò che la persona racconta. Si differenzia da altri tipi di stanchezza per la sua persistenza e per l'incapacità

di alleviarla attraverso il riposo o il sonno ristoratore. Fino a pochi anni fa era impossibile definirne una misura della gravità, oggi invece è identificata e misurata attraverso questionari convalidati a livello europeo.

"Si tratta di un traguardo recente e importantissimo - spiega Alessandra Fabi - che abbiamo raggiunto grazie alla individuazione di strumenti di screening che tengono conto della natura multifattoriale del disturbo e consentono così la gestione mirata e multidisciplinare dei sintomi. Tuttavia resta ancora difficile il management: pazienti con una intensità di *fatigue* simile possono avere livelli molto diversi di disabilità.

Rimuovere la *fatigue* durante la terapia vuol dire migliorare l'aderenza alle cure. Esserne liberi una volta terminate le terapie oncologiche, dà modo di riprendere in mano la vita in maniera totalizzante. Dopo il cancro la persona ricrea la propria esistenza, deve farlo con attenzione e consapevolezza della sfera psico-corporea".

► Perdita di massa muscolare e di forza

Nei pazienti oncologici, durante e dopo il trattamento, la prolungata inattività è un elemento che "ali-

menta" la *fatigue*, in quanto causa perdita di massa muscolare e di forza. Ciò gradualmente influisce sulla possibilità di compiere gesti semplici (salire le scale o mantenersi in equilibrio), e può condurre a problemi cardiovascolari e ad un aumento di ansia e depressione.

Un programma strutturato di esercizio fisico che mira ad aumentare la massa muscolo-scheletrica del paziente, migliora la qualità di vita e aiuta a contrastare la fatica.

L'istruzione e la consulenza sono essenziali per aiutare i malati di cancro ad anticipare e ad affrontare la fatica che può essere associata alla loro malattia o correlata ai loro trattamenti contro il cancro. Strategie efficaci per affrontare la fatica includono il risparmio energetico, la gestione dell'attività, l'ottimizzazione del sonno ristoratore e l'uso di tecniche di rilassamento.

Esistono i dati più convincenti sui benefici dell'esercizio fisico nella riduzione della *fatigue*, sebbene debbano essere considerati i limiti del paziente. Certo l'emergenza sanitaria da nuovo Coronavirus non ha aiutato, ma ora bisogna approfittare per riprendere un esercizio fisico adeguato, aerobico e costante e seguire le indicazioni.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il pdf delle linee guida ESMO

Sarcopenia e implicazioni metaboliche

La sarcopenia è causa di patologie cardio-respiratorie, di riduzione dei livelli di autonomia, di aumento delle cadute, del tempo di ricovero e di alterazione metaboliche.

Non può essere considerata solo una condizione ad esclusivo appannaggio degli anziani, ma può anche caratterizzare la giovane età

Arcangelo Minei - Medico di medicina generale, Specialista in Endocrinologia - Taranto

Antonella Minei - Corso di Formazione Medicina Generale - Taranto

La sarcopenia è un disordine progressivo e generalizzato del muscolo scheletrico, caratterizzato dalla riduzione della massa, della forza e/o della performance muscolare, associata a maggiore probabilità di eventi avversi (cadute, fratture, disabilità fisiche, deterioramento cognitivo e mortalità). Per migliorare la consapevolezza e la cura, l'EWGSOP (*European Working Group on Sarcopenia in Older People*) ha aggiornato la definizione e le strategie diagnostiche nel 2018.

La diagnosi di sarcopenia si pone in presenza di riduzione della massa muscolare che si associa a riduzione della forza muscolare e/o riduzione delle performance fisiche (tabella 1).

Quando si parla di sarcopenia, generalmente, ci si riferisce alla popolazione anziana, ma le attuali abitudini di vita (patologie da malnutrizio-

ne, specie in eccesso ma anche in difetto, ed inattività fisica) sono responsabili di una aumentata incidenza anche nelle fasce più giovani. Pertanto si distingue una *sarcopenia primitiva*, tipica dell'età anziana e una *sarcopenia secondaria* correlata ad altre condizioni (patologie muscolari, inattività fisica, malnutrizione, ecc.).

► Valutazione

La sarcopenia è stata ed è, tuttora, una condizione clinica il più delle volte trascurata e sottovalutata nella pratica clinica quotidiana, apparentemente a causa della complessità di determinare quali variabili misurare, come misurarle, quali punti di interruzione guidano meglio la diagnosi e il trattamento e come valutare al meglio gli effetti di interventi terapeutici.

► **Bioimpedenziometria (BIA)**. La massa muscolare può essere

valutata con varie tecniche. La più utilizzata è la BIA (*Body Impedance Assessment*), un metodo indiretto di misura della composizione corporea in vivo, soprattutto della massa muscolare e della massa grassa. Si basa sul principio della diversa conduzione elettrica dei tessuti al passaggio di una debolissima e inavvertita corrente elettrica alternata in relazione al loro contenuto di acqua ed elettroliti (maggiore nella massa magra rispetto alla massa grassa).

► **Handgrip Strength Test**. La riduzione della forza muscolare viene valutata attraverso questo test, che valuta la somma della forza prensile di cinque muscoli delle dita della mano e si effettua utilizzando un dinamometro. Il test viene condotto sull'arto non dominante consigliando tre misure ripetute a distanza di 20'' scegliendo la migliore e comparando il risultato alle norme età-ses-

FIGURA 1

Criteri per la diagnosi di sarcopenia

Scarsa massa muscolare

+

Scarsa forza muscolare

o

Scarsa performance fisica

=

Sarcopenia

EWGSOP (*European Working Group on Sarcopenia in Older People*)

so specifiche. Il test può fornire anche notizie sullo stato nutrizionale, può essere un indicatore di morbilità e fornire indicazioni su trattamenti riabilitativi e/o nutrizionali.

► **Misurazione della velocità di cammino.** Per la valutazione della performance fisica la metodica più frequentemente utilizzata è la misurazione della velocità di cammino a passo normale sui 4 metri o 6 metri; una velocità inferiore a 0.8 m/sec sui 4 metri è associata a rischio di ospedalizzazioni, istituzionalizzazione, cadute e morte oltre che a rischio di sviluppare disabilità e demenza.

► **Short Physical Performance Battery.** È uno strumento in grado di rilevare e quantificare eventuali limitazioni delle performance motorie: una breve batteria di test costituita da 3 sezioni diverse che esaminano l'**equilibrio statico** in posizioni di difficoltà crescente (piedi paralleli, semi-tandem e tandem), la **velocità del cammino** a passo abituale sui 4 metri, la **forza** e la **resistenza**, misurando il tempo impiegato per alzarsi da una sedia e tornare seduti per cinque volte senza l'ausilio delle braccia (*sit to stand*).

► Muscolocrinologia

Il muscolo scheletrico è uno dei tessuti più rappresentati nell'organismo dei vertebrati e oltre alle sue ben note funzioni è attualmente considerato un componente importante del sistema endocrino-metabolico. Tale acquisizione ha portato alla costituzione della muscolocrinologia, che si propone di studiare il muscolo scheletrico oltre che come produttore di ormoni/miochine, anche come organo bersaglio di vari ormoni.

Il muscolo scheletrico è un organo endocrino, che attraverso la con-

trazione stimola la produzione e il rilascio di citochine, che possono influenzare il metabolismo e modificare la produzione delle stesse nei tessuti e negli organi.

Vari studi hanno evidenziato che in condizioni di sepsi ed in modelli sperimentali, la cascata di citochine comprende TNF- α , IL-1 β , IL-6, IL-1 α , sTNF-R ed IL-10. Le prime due citochine risultano essere TNF- α ed IL-1 β , prodotte localmente, che sono riconosciute classicamente come pro-infiammatorie. Le citochine prodotte durante l'esercizio fisico differiscono da quelle presenti in seguito ad infezioni. Il fatto che le classiche citochine pro-infiammatorie, TNF- α e IL-1 β , in generale non aumentino con l'esercizio indica che la cascata di citochine indotta dall'esercizio fisico differisce da quella indotta da una comune infezione. La prima citochina rilasciata nel torrente circolatorio, durante l'esercizio fisico, è l'IL-6. I livelli circolanti della stessa aumentano in modo esponenziale (100 volte di più) in risposta all'esercizio, e diminuiscono nel periodo post esercizio. Le miochine - parte del secretoma del muscolo scheletrico striato - presentano una elevata azione antinfiammatoria contrastante quella pro-infiammatoria delle adipochine proprie del tessuto adiposo; queste ultime sarebbero le responsabili dell'incalzare e dello strutturarsi di un ambiente infiammatorio su base cronica promuovente alterazioni patologiche, quali: osteoporosi, DMT2, insulino-resistenza, aterosclerosi, cancro. Tra le miochine al momento identificate, vi sono: miostatina, BDNF, IGF-1, FGF-2, FGF-21, FSTL-1, irislina, LIF, IL-4, IL-6, IL-7, IL-8, IL-15.

► **L'irislina** è responsabile del *browning of fat*, cioè della conversione del tessuto adiposo bianco in quello bruno e i suoi livelli basali si

elevano in risposta a 10 settimane di costante e regolare pratica di esercizio fisico. E ciò suggerisce che abbia un ruolo importante a livello degli effetti allenanti in risposta all'esercizio fisico.

► **Miostatina o GDF8** (Growth/differentiation Factor 8), appartiene alla famiglia del TGF- β e la sua mancata espressione si traduce in un impressionante incremento delle masse muscolari. Curioso è il caso dell'**IL-6 (Interleukina-6)** che è sia una miochina che un'adipochina. Quando prodotta dal tessuto muscolare ne promuove l'ipertrofia e la rigenerazione e quando prodotta dal tessuto adiposo è concausa di insulino-resistenza e di infiammazione sistemica. Se si considera il muscolo come un organo endocrino, si può pensare che la sarcopenia, possa direttamente influenzare il sistema endocrino-metabolico.

• **Obesità sarcopenica**

La perdita di massa muscolare, nella sarcopenia, riguarda soprattutto le fibre muscolari bianche (tipo 2), che si contraggono velocemente e sono in grado di generare molta potenza. La sarcopenia si caratterizza per una graduale sostituzione, nel tempo, di cellule adipose a quelle muscolari. La riduzione del tessuto muscolare e la miosteatosi determinano scenari metabolici particolari che sono responsabili di un aumento di insulino-resistenza come conseguenza della riduzione di uno degli organi bersaglio dell'insulina, il muscolo. La graduale perdita di massa e forza muscolare si traduce in una progressiva impotenza funzionale e disabilità fisica. Ma non tutti gli anziani perdono peso, al contrario, in molti casi si verifica un aumento del tessuto adiposo in particolare di quello viscerale riconosciuto, oramai, come importan-

te fattore di rischio per lo sviluppo di malattie metaboliche e CV. La combinazione tra l'eccesso di grasso corporeo e la ridotta massa e/o forza muscolare è definita **obesità sarcopenica**. La sarcopenia può colpire anche giovani adulti e rappresenta una forma di malnutrizione non solo in eccesso, per ciò che riguarda la quantità di alimenti, ma anche in difetto per ciò che attiene la loro qualità. Tra i 18 i 40 anni si possono sviluppare forme di sarcopenia sia moderata che severa, causata oltre che da uno stile di vita sedentario anche da un fenomeno identificato come **weight cycling** (ciclicità del peso) che consiste in una perdita della massa muscolare a causa di diete squilibrate e restrittive che portano prevalentemente alla perdita di massa muscolare. L'invecchiamento si caratterizza, da un punto di vista endocrino-metabolico per una ridotta secrezione di GH (*Growth Hormon*), ridotta produzione di testosterone e modifiche nella produzione e/o sensibilità agli ormoni tiroidei. Ciò ha delle conseguenze sulla composizione dell'organismo con riduzione della massa magra e aumento di quella grassa. Quest'ultima si localizza preferenzialmente a livello addominale dando luogo a quella obesità addomino-viscerale associata ad aumento della leptina e della insulino-resistenza ed incremento del rischio CV.

Il sovrappeso, l'obesità, il DMT2 sono condizioni caratterizzate da insulino-resistenza. L'invecchiamento o, situazioni in cui si verifica una riduzione dell'attività fisica, comportano modificazioni a carico del muscolo che diventa meno efficiente e tende ad essere rimpiazzato da tessuto adiposo. Infatti in assenza di stimolo meccanico le cellule satelliti non si differenziano più

in fibre muscolari mature ma in cellule adipose. Questo è un passaggio molto importante ai fini metabolici. Infatti le cellule muscolari satelliti possono essere distinte in una sottopopolazione miogenica che tende a formare miotubi ed una adipogenica che si differenzia in cellule adipose. Le cellule adipose neoformate sono di tipo bianco poiché esprimono leptina, e non UCP-1 (Uncoupling Proteins - o termogenina- proteina disaccoppiante), espressa tipicamente dal tessuto adiposo bruno) che è molto attivo da un punto di vista metabolico. La riduzione dell'attività fisica determina una maggiore e persistente internalizzazione cellulare dei recettori muscolari per il glucosio (GLUT-4). Questa condizione impedisce di fatto l'interazione tra insulina e recettore a livello di membrana cellulare che limita l'utilizzo del glucosio da parte della cellula muscolare. Il glucosio non più utilizzato dalle cellule muscolari viene deviato a livello delle cellule adipose dove viene convertito in grasso, fenomeno che nel tempo determina iperinsulinemia secondaria ad insulinoresistenza. L'iperinsulinemia che ne consegue determina quelle condizioni di disglucemia che dalla alterata glicemia a digiuno (IFG), dalla ridotta tolleranza glicidica (ITG) approda al DMT2. L'iperglicemia è notoriamente una condizione tossica per la parete vascolare, in particolare per l'endotelio. Il danno e la conseguente attivazione endoteliale rappresentano tra le condizioni più importanti di incremento del rischio cardiovascolare/metabolico. Questo ci aiuta a capire perché la sarcopenia, che riscontriamo non solo nell'invecchiamento ma anche in quelle condizioni di insulino-resistenza quali l'obesità (specie quella viscerale) il dia-

bete tipo 2 ed altre, assume una grande rilevanza per l'aumento del rischio cardiovascolare.

• **Sarcopenia diabetica**

La sarcopenia è più accentuata nei soggetti diabetici (*sarcopenia diabetica*). Alcuni ricercatori hanno isolato un fattore di trascrizione (KLF 15) il cui aumento è in grado di determinare perdita di massa muscolare in modelli animali diabetici. L'iperglicemia sarebbe responsabile di un rallentamento della degradazione di KLF 15 nel muscolo. Lo stesso gruppo ha scoperto la proteina WWP1 (*Ubiquitina ligasi*) che avrebbe un ruolo importante nella degradazione della KLF 15. La WWP1 promuove il catabolismo della KLF15, legando le ubiquitine alla stessa KLF15, e mantenendone, così, bassi i livelli cellulari. In presenza di iperglicemia, la quantità di WWP1 si riduce; questo rallenta il catabolismo della KLF15 e ne fa aumentare i livelli nelle cellule.

Ricercatori dell'Università di Tor Vergata hanno svelato una nuova proprietà dell'enzima perossiredossina-6 (*Prdx6*), già noto per la sua capacità di monitorare la glicemia. Secondo i ricercatori, sarebbe lo stress ossidativo che danneggia i muscoli dei diabetici fino a distruggerli. La buona notizia è che Prdx6, ha un ruolo nel controllo della glicemia e può proteggere anche dalla sarcopenia diabetica. La scoperta potrà essere determinante per lo sviluppo di nuove terapie atte a prevenire la sarcopenia diabetica.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il pdf dell'articolo originale

"Sarcopenia: implicazioni metaboliche"

Pretendo il Trattamento Sanitario Obbligatorio!

Viene presentato l'insolito caso di un TSO non subito, ma preteso da un giovane paziente psichiatrico

Artiola Islami*, **Fabiana Ciullo****, **Stefano Alice***

**Medicina Generale, Genova - **Dottore in Scienze e Tecniche Psicologiche, Genova*

► I fatti

È una sera di estate. Il medico del servizio di continuità assistenziale, una giovane collega, è ad inizio turno. La centrale operativa le chiede di intervenire nel più breve tempo possibile: un 21enne, tossicodipendente, con precedenti psichiatrici è in stato di agitazione psicomotoria; parrebbero esserci stati un tentativo di suicidio e una colluttazione; l'ambulanza è sul posto, i carabinieri sono in arrivo. Con queste informazioni, impacciata e ingoffita dai dispositivi di protezione individuale, imposti dall'emergenza Covid-19, la dottoressa di turno viene portata dall'auto medica sul luogo dell'intervento. Il malato è da solo sul terrazzo di un piano alto di un caseggiato popolare in un quartiere periferico cittadino. I militi dell'autolettiga sconsigliano al medico di avvicinarlo prima dell'arrivo dei Carabinieri. La dottoressa, però, ritiene che gestire il caso stia a lei. L'assenza delle forze dell'ordine, essere una donna ed agire da sola possono aiutarla a tranquillizzare il ragazzo. Farà subito un cauto tentativo di parlargli. Esce sul terrazzo. I suoi movimenti sono esageratamente lenti. Evita di avvicinarsi. L'incipit è un "Ciao, così vestita non ci crederai ma sono un medico e sono qui per aiutarti" abbozza un sorriso e aggiunge "Cosa posso fare per te?" Il ragazzo non sembra aggressivo ma imbarazzato, confuso, spaventato. Prende fiato, poi dice: "Voglio andare in Ospedale, mi devi portare in Ospedale. Lo vuoi capire? Non mi controllo. Portami subito in Ospedale o faccio qualcosa di molto brutto".

Adesso è il medico ad essere confusa. Dopo un momento di sconcertato silenzio, prova a portare a casa il risultato. "Va bene - dice - vieni, andiamo assieme in Ospedale con l'ambulanza, che è qui sotto".

Il ragazzo cambia espressione ed alzando la voce esclama: "Il TSO, devi farmi il TSO". Il medico sorride e gli dice: "Ma no, stai tranquillo, se tu vuoi andare in Ospedale non c'è bisogno del TSO, dai, vieni con me". Il ragazzo si agita. "Non capisci niente - urla - mi devi fare il TSO. Senza il TSO non vengo. Non mi prendi sul serio. Spacco tutto. Vuoi vedere, che mi butto?"

"Esagerato - dice il medico, sorridendo con sforzo - ti butti dal terrazzo per un foglio di carta? Dai, rientriamo in casa. Mi servono i tuoi dati, per compilare il foglio del TSO".

Si volta e rientra. Il ragazzo la segue. Nel frattempo sono arrivati i Carabinieri. Salutano il medico ed il paziente con calma sorvegliando a distanza come evolvono le cose. Mentre il medico scrive, il ragazzo le chiede se può sdraiarsi per terra o uscire a fumare.

"No - gli risponde il medico - ho bisogno di te qui e poi vedi che io ti rispetto? Devi farlo anche tu con me. Fammi compagnia e resta composto".

Nessun problema nel salire in ambulanza, durante il viaggio, all'ingresso in SPDC. La psichiatra di turno in Ospedale conosce già il ragazzo, ascolta la relazione della collega, chiede ai Carabinieri di trattenersi. Il medico di CA comprende bene la ragione di questa precauzione. Mentre aspettavano la specialista, il

ragazzo ha smesso di borbottare, per mostrarle una porta danneggiata. "Sono stato io - ha detto con orgoglio - l'altra volta, che ho fatto il matto. C'è la telecamera. Magari hanno il filmato".

► Discussione

Si tratta di un giovane paziente, che sin dalla tarda adolescenza è affetto da schizofrenia. Più di recente si è aggiunto un disturbo da uso di sostanze: è in terapia sostitutiva con metadone, per dipendenza da eroina. Completa il quadro un tabagismo di vecchia data. L'episodio di agitazione psicomotoria è apparso, a chi lo ha affrontato, stagliarsi su uno sfondo di panico e dissociazione, caratterizzata da depersonalizzazione allopsichica. Ciò che più colpisce è la mancanza di coerenza tra ciò che il paziente dice e ciò che il paziente fa. C'è coerenza tra capire di aver perso il controllo delle proprie azioni, richiedere di essere curato in un ambiente specialistico e pretendere di essere preso sul serio. Al contrario il comportamento adottato, per raggiungere questi obiettivi, è bizzarro ed imprevedibile. L'unicità del caso sta nel fatto che il paziente abbia preteso un TSO. È noto che un TSO (L. 180/78) deve essere proposto solo quando un grave disturbo psichiatrico comporta la necessità di interventi terapeutici urgenti, ma il paziente rifiuta il trattamento. Il buon esito della vicenda si deve al fatto che il medico intervenuto non ha avuto paura del malato ed ha instaurato con lui un dialogo, avvertendone empaticamente l'enorme bisogno di affetto.

Sfide del futuro nella riduzione del rischio cardiovascolare

La scarsa aderenza al trattamento antipertensivo può avere effetti gravi in termini di morbilità e mortalità nel breve e lungo termine. I fattori legati alla scarsa aderenza sono molteplici e non possono essere attribuiti solo al paziente, ma anche al sistema sanitario, all'ambiente e spesso all'inerzia del medico. Riconoscere e correggere tali fattori può rappresentare la nuova sfida del futuro per ottenere considerevoli benefici non solo clinici

Massimo Crippa

Responsabile UOC Medicina - Presidio Ospedaliero Gardone Val Trompia, ASST Spedali Civili Brescia

L'ipertensione arteriosa è nota essere uno dei principali fattori di rischio per le malattie cardiovascolari ed è per tale motivo che rappresenta una sfida importante in ambito sanitario sia nei paesi economicamente sviluppati sia in quelli in via di sviluppo. In base a studi epidemiologici sappiamo che l'ipertensione arteriosa colpisce circa il 25% della popolazione mondiale e che tale condizione rappresenta nel mondo occidentale la seconda causa di accesso per visita negli ambulatori di medicina generale.

In Italia si stima che il 33% degli uomini e il 31% delle donne siano ipertesi e che il 19% dei maschi e il 14% delle femmine abbia una condizione di rischio aggiuntivo per la presenza di comorbidità quali obesità, dislipidemia, diabete o di danno a carico degli organi bersaglio quali cervello, cuore, vasi, occhi e reni.

L'obiettivo principale del trattamento dell'ipertensione arteriosa non deve essere pertanto mirato solo alla normalizzazione dei valori pressori, ma alla riduzione del rischio cardiovascolare globale del paziente iperteso.

Le Linee Guida raccomandano a questo proposito che la scelta dei farmaci da impiegare nel trattamen-

to dell'ipertensione arteriosa sia basata sulle caratteristiche specifiche del singolo paziente, sul suo profilo di rischio cardiovascolare, sull'eventuale presenza di danno d'organo sub-clinico e/o di altre condizioni cliniche associate. Il noto effetto benefico dei farmaci antipertensivi sulla riduzione di eventi patologici quali ictus, infarto acuto del miocardio, scompenso cardiaco, insufficienza renale non è dovuto soltanto alla riduzione dei valori pressori di per sé, ma anche agli effetti cosiddetti "pleiotropici" delle varie molecole.

Nonostante sia ampiamente risaputo che mantenere nel tempo valori di pressione arteriosa clinica superiori anche di pochi mmHg a 140/90 aumenti il rischio di sviluppare in futuro eventi cardio-cerebrovascolari fatali e non, il controllo della pressione arteriosa sia in Italia che nel mondo è ampiamente insoddisfacente.

Le cause di questo fenomeno per cui la maggior parte dei pazienti ipertesi trattati farmacologicamente mantiene valori pressori superiori ai target desiderati sono molteplici. Un motivo importante è dato dal fatto che l'ipertensione arteriosa è una condizione clinica spesso asin-

tomatica per cui l'assunzione di un farmaco, probabilmente per tutta la vita, difficilmente conduce a un miglioramento del benessere del paziente il quale perde nel tempo le motivazioni a proseguire nel trattamento consigliato. In molti casi la riduzione della pressione arteriosa, specialmente quando eccessiva, o la comparsa di effetti collaterali legati all'assunzione di un farmaco possono peggiorare la qualità di vita del paziente stesso ed indurlo ad autosospendersi la terapia. La mancata aderenza alla terapia rappresenta quindi uno dei principali problemi del mancato raggiungimento dei target pressori nel paziente iperteso e uno dei primi fattori cui deve pensare il medico di fronte ad un insuccesso terapeutico.

► Aderenza terapeutica

L'aderenza al trattamento è generalmente definita come la misura in cui i pazienti assumono i farmaci così come prescritti dai loro medici. Per aderenza a un trattamento farmacologico s'intende il raggiungimento di due diversi obiettivi: la corretta assunzione secondo le modalità prescritte e la corretta implementazione del trattamento

(farmaci, tempi, dosi, modalità di assunzione) nonché la persistenza (costanza e continuità nell'assunzione del farmaco prescritto).

Una bassa aderenza al trattamento è definita come copertura terapeutica inferiore al 40% del periodo di osservazione mentre un'alta aderenza è definita come copertura terapeutica maggiore o uguale all'80% del periodo di osservazione. La persistenza invece fa riferimento al tempo che intercorre tra l'inizio e l'interruzione di un trattamento farmacologico prescritto.¹

In uno studio italiano su una popolazione pari a 270.497 pazienti nuovi utilizzatori di farmaci antipertensivi con un'età mediana di 63 anni e una prevalenza di donne maggiore rispetto agli uomini (52.9% vs 47.1%), la percentuale di soggetti con alta e bassa aderenza al trattamento con antipertensivi è risultata rispettivamente del 23.8% e del 32.9%. L'aderenza più elevata è risultata nei

pazienti di età tra i 65 e 74 anni (25%) mentre quelli over 85 anni sono risultati meno aderenti (18.6% quelli ad alta aderenza). È noto che gli ipertesi anziani sono spesso affetti da deficit cognitivi o da disabilità che rappresentano fattori altamente limitanti l'assunzione corretta dei farmaci prescritti, così come la presenza di terapie complesse per le numerose comorbidità osservate nei pazienti di età avanzata può influire negativamente sull'aderenza al trattamento.

I soggetti uomini con alta aderenza dello studio in questione sono risultati superiori rispetto ai soggetti ad alta aderenza donne (26.4% vs 21.4%). Già a 189 giorni dall'inizio della terapia la possibilità di interruzione del trattamento è risultata del 50% ed esattamente 224 giorni per gli uomini e 162 per le donne.²

Esistono diversi metodi per misurare l'aderenza, ciascuno con i suoi vantaggi e i suoi limiti ma finora

nessuno di questi può essere considerato un gold standard.³

Uno dei metodi per misurare l'aderenza è la scala MMAS (Morisky Medication Adherence Scale) di cui esiste una versione italiana validata, *tabella 1*.⁴

► Tollerabilità dei farmaci antipertensivi

Come osservato nella *tabella 1* non vengono però considerati possibili effetti secondari legati alla comparsa di eventi collaterali che per alcune molecole appartenenti alle diverse classi di farmaci antipertensivi possono diventare "invalidanti" per il paziente.

Nei vari questionari proposti non vengono indagati in modo sistematico possibili effetti secondari, ad esempio disturbi della sfera sessuale, difficoltà di concentrazione, insonnia, che se presenti condurranno prima o poi alla sospensione del trattamento.

La tollerabilità di un farmaco può rappresentare quindi un fattore discriminante nella strategia terapeutica antipertensiva soprattutto alla luce dei risultati di numerosi studi epidemiologici che hanno mostrato come la comparsa di effetti collaterali rappresenti la prima causa assoluta di sospensione di un trattamento.

Dati derivanti dalla letteratura evidenziano come l'interruzione della terapia antipertensiva sia maggiore per farmaci appartenenti alla classe dei diuretici e dei beta-bloccanti e si riduca progressivamente con i calcioantagonisti, gli Ace-inibitori e i sartani (*figura 1*).

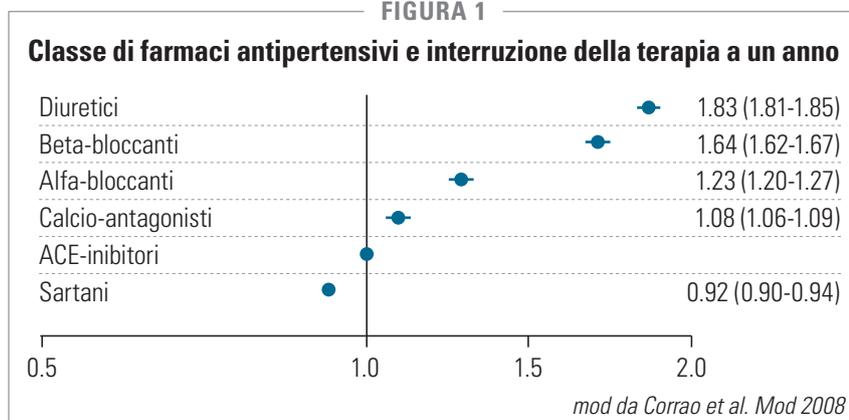
Il medico, attraverso un'importante azione di "counselling" con il paziente, oltre a condividere i target di valori pressori da raggiungere, dovrebbe spiegare in modo dettagliato che la comparsa di eventi collaterali non deve portare a un'autosospensione del farmaco o alla sua riduzione di dosaggio come purtroppo si osserva con

TABELLA 1

MMSA-8 Versione italiana

Qualche volta dimentica di prendere la pillola per... (patologia principale)	Sì (0)	No (1)
Nelle ultime 2 settimane, ci sono stati dei giorni in cui non ha preso le medicine per...?	Sì (0)	No (1)
Ha mai ridotto o smesso di prendere le medicine senza dirlo al suo medico, perchè si sentiva male quando le prendeva?	Sì (0)	No (1)
Quando viaggia o esce di casa, a volte si dimentica di portare con sé i farmaci?	Sì (0)	No (1)
Ha preso ieri le sue medicine per...?	Sì (1)	No (0)
Quando sente che la sua malattia (es. pressione sanguigna) è sotto controllo, a volte smette di prendere le sue medicine?	Sì (0)	No (1)
L'assunzione quotidiana dei farmaci è un vero e proprio disagio per alcune persone. Si sente mai infastidito o sente di avere delle difficoltà nell'attenersi al piano di trattamento della sua malattia (es. pressione sanguigna)?	Sì (0)	No (1)
Le capita di avere difficoltà a ricordarsi di prendere tutti i suoi farmaci per la sua malattia?		
<ul style="list-style-type: none"> ● mai/molto raramente (4) ● raramente (3) ● a volte (2) ● spesso (1) ● sempre (0) 		

FIGURA 1



frequenza nella pratica clinica quotidiana. Esistono alcuni casi, come per esempio nel periodo estivo, in cui a causa del caldo eccessivo e del suo noto effetto di vasodilatazione, si rende necessario, sempre e solo su suggerimento del medico, modificare il dosaggio di un farmaco di fronte ad un'eccessiva riduzione dei valori di pressione arteriosa. Le ultime Linee Guida Europee dell'ipertensione arteriosa hanno peraltro sottolineato come un'eccessiva riduzione dei valori pressori, in particolare quelli sistolici (<120 mmHg), possa determinare addirittura un aumento del rischio cardiovascolare del paziente iperteso oltre che del rischio, specie per i pazienti più anziani, di incorrere in pericolose cadute a terra. Questo è anche il motivo per cui nei pazienti fragili e in quelli di età maggiore di 80 anni le Linee Guida stesse raccomandano di iniziare il trattamento farmacologico con una monoterapia anziché una terapia di combinazione come suggerito per altre categorie di ipertesi.⁶ Sempre nel periodo estivo, molti ipertesi, specialmente donne che assumono farmaci ad azione vasodilatatrice diretta come i calcioantagonisti diidropiridinici, interrompono spontaneamente la terapia per la comparsa di marcati edemi

in sede perimalleolare. A questo proposito va ricordato che anche all'interno di tale classe farmacologica esistono differenze di aderenza alla terapia legate proprio alla miglior tollerabilità di una molecola rispetto a un'altra.

I calcioantagonisti diidropiridinici di ultima generazione e con caratteristiche lipofile ad esempio, consentono, grazie alla loro lunga durata d'azione nelle 24 ore, di ottenere con un'unica somministrazione giornaliera un soddisfacente controllo della pressione arteriosa nonché una riduzione degli eventi avversi farmaco-correlati noti a questa classe di antipertensivi quali appunto l'edema periferico, la cefalea e la tachicardia riflessa.

Studi metanalitici hanno evidenziato come il rischio di edema periferico con calcioantagonisti diidropiridinici lipofili sia stato del 57% inferiore rispetto ai tradizionali diidropiridinici.⁷ Talvolta, a maggior ragione se in presenza di valori non normalizzati di pressione arteriosa, per ridurre gli edemi periferici da calcioantagonista può essere utile ricorrere all'associazione con farmaci ad azione bloccante il sistema renina-angiotensina. L'aggiunta di farmaci quali Ace-inibitori o sartani, attraverso una venulodilatazione mediata dal blocco dell'angiotensina, riduce la

pressione idrostatica a livello capillare aumentata invece dai calcioantagonisti che agiscono prevalentemente vasodilatando il tratto arteriolare. Il calo della pressione idrostatica a livello capillare si traduce di fatto in una netta riduzione dell'edema interstiziale come si evince dai risultati di numerosi trials clinici che hanno impiegato queste associazioni di farmaci antipertensivi.

► Conclusioni

L'aderenza del paziente al trattamento farmacologico è un elemento di fondamentale importanza nel successo dell'intervento terapeutico, soprattutto nelle condizioni croniche e spesso asintomatiche come l'ipertensione arteriosa. La scarsa aderenza al trattamento antipertensivo può avere effetti molto gravi anche in termini di morbilità e mortalità nel breve come nel lungo termine.

I fattori legati alla scarsa aderenza sono molteplici e non possono tuttavia essere attribuiti solo al paziente, ma anche al sistema sanitario, all'ambiente e spesso all'inerzia del medico.

Riconoscere e correggere tali fattori può rappresentare la nuova sfida del futuro per ottenere considerevoli benefici non solo clinici, ma anche economici.

BIBLIOGRAFIA

1. Italian Journal of public health 2019; Volume 8, Number 6.
2. AIFA, OSMED, VV. AA.
3. Ruud, P. In search of the gold standard for compliance measurement. *Arch Int Med* 1979. 139: 627-8.
4. Morisky DE et al. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24: 67-74.
5. Corrao G et al. Discontinuation of and changes in drug therapy for hypertension among newly treated patients: a population-based study in Italy. *J Hypertens* 2008; 26: 819-24.
6. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal* 39: 3021-3104.
7. Makani H et al. Peripheral edema associated with calcium channel blockers: incidence and withdrawal rate - a meta-analysis of randomized trials. *J Hypertension* 2011; 29: 1270-80.

Up to date dalla cardiologia europea

Al congresso dell'European Society of Cardiology presentate ben quattro linee guida. L'ascolto e la centralità del paziente nel processo di diagnosi e cura e l'approccio multidisciplinare accomunano tutte le nuove raccomandazioni in ambito cardiovascolare

Fibrillazione atriale, al centro il paziente

La complessità della FA richiede il coinvolgimento attivo dei pazienti, utilizzando un approccio multiforme, olistico e multidisciplinare. Razionalizzare la cura nella pratica clinica quotidiana è un requisito impegnativo ma essenziale per una gestione efficace della FA. Sono queste le fondamenta delle nuove indicazioni europee. Gli esperti raccomandano che i risultati riferiti dai pazienti siano raccolti di routine per misurare il successo del trattamento e per migliorare le cure.

La prima nuova raccomandazione riguarda la diagnosi, sottolineando che la documentazione da una registrazione ECG standard a 12 derivazioni o da un tracciato ECG a derivazione singola di ≥ 30 secondi è necessaria per stabilire la diagnosi.

Un altro messaggio chiave è che mentre nuovi strumenti e tecnologie per lo screening e il rilevamento della FA come i microimpianti e i dispositivi indossabili aumentano sostanzialmente le opportunità diagnostiche nei pazienti a rischio, i percorsi gestionali non sono ancora ben definiti.

Dopo la diagnosi dovrebbe essere presa in considerazione la caratterizzazione strutturata della FA in tutti i pazienti. Ciò include la valutazione clinica del rischio di ictus, lo stato dei sintomi, il carico di FA e la valutazione del substrato. Viene raccomandato l'uso del percorso olistico "Better Care ABC" (**A** Anticoagulazione/Evita l'ictus - **B** Migliore gestione dei sintomi - **C** Ottimizzazione cardiovascolare e comorbidità).

Sono state apportate revisioni per il controllo del ritmo/ablazione transcatteter. Ad esempio, l'ablazione transcatteter per l'isolamento della vena polmonare è ora raccomandata per il controllo del ritmo dopo un farmaco antiaritmico di classe I o III fallito o intollerante in pazienti con FA parossistica o FA persistente con o senza fattori di rischio maggiori.

Nel complesso, c'è anche una maggiore enfasi sulla necessità di modifiche dello stile di vita e di una terapia mirata di condizioni intercorrenti per ridurre il carico di FA e migliorare i risultati.

• *Hindricks G et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J 2020. doi/10.1093/eurheartj/ehaa612*

Attività fisica nelle malattie cardiovascolari

Un cardiologo italiano è il primo firmatario delle nuove LG: Antonio Pelliccia Istituto di Medicina e Scienza dello Sport di Roma. Come per gli individui sani, viene indicato che l'esercizio aerobico a intensità moderata per almeno 150 minuti/settimana (o 75 minuti/settimana di esercizio a intensità vigorosa), nella maggior parte dei giorni, dovrebbe

essere promosso in tutti gli individui con malattia CV. Considerazioni speciali sono dettagliate nell'obesità, ipertensione ben controllata, dislipidemia o diabete, che includono l'aggiunta di un allenamento di resistenza ≥ 3 volte a settimana all'esercizio aerobico moderato o intenso.

Vengono fornite raccomandazioni sull'esercizio in un'ampia gamma di

condizioni, tra cui sindromi coronariche acute o croniche, insufficienza cardiaca, cardiopatia valvolare, aortopatia, cardiomiopatie, miocardite e pericardite, cardiopatia congenita degli adulti, aritmie, canalopatie cardiache, malattia arteriosa periferica e in soggetti con dispositivi elettronici cardiaci impiantabili o dispositivi di assistenza ventricolare. Per alcune di queste condizioni, viene promosso attivamente l'esercizio di un'intensità specifica, ma per altre

si raccomanda una valutazione completa e regolare e un processo decisionale condiviso. Ci sono alcuni casi in cui la partecipazione a qualsiasi sport competitivo o sport/

esercizio ricreativo di intensità moderata o alta non è raccomandata, come quelli con grave cardiopatia valvolare o cardiomiopatia aritmogena o miopericardite attiva.

• Pelliccia A et al. 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease. *Eur Heart J* 2020. doi/10.1093/eurheartj/ehaa605

Gestione dell'infarto non-ST

Il dolore toracico è il sintomo più comune, insieme al dolore che si irradia a una o entrambe le braccia, al collo o alla mascella. Chiunque soffra di questi sintomi dovrebbe chiamare immediatamente un'ambulanza. Per la prima volta, le LG raccomandano l'imaging per identificare altre cause.

Per quanto riguarda la diagnosi, non vi è alcun cambiamento distintivo sull'ECG, che può risultare con un profilo normale. Il passaggio chiave è invece la misurazione dei livelli ematici di troponina. Se i livelli sono normali, la misurazione deve essere ripetuta un'ora dopo per escludere la diagnosi. Se elevato, si racco-

manda il ricovero per valutare ulteriormente la gravità della malattia e decidere la strategia di trattamento. Dato che la causa principale è legata all'aterosclerosi, esiste un alto rischio di recidiva, non di rado fatale che giustifica la prescrizione di antiaggreganti e ipolipemizzanti. Altrettanto importante è uno stile di vita sano (cessazione del fumo, esercizio fisico, dieta che enfatizzi verdura, frutta e cereali integrali limitando i grassi saturi e l'alcol). Il cambiamento comportamentale e l'aderenza ai farmaci si ottengono più facilmente quando i pazienti sono supportati da un team multidisciplinare (cardiologi, MMG, in-

fermieri, dietisti, fisioterapisti, psicologi e farmacisti).

Viene raccomandata la vaccinazione antinfluenzale, soprattutto per i pazienti di età ≥ 65 anni.

Un altro punto enfatizzato è la necessità che anche per le pazienti di sesso femminile di ricevere parità nell'accesso alle cure, una diagnosi tempestiva e trattamenti alla stessa velocità e intensità degli uomini.

• Collet JP et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting patchy persistent ST-segment elevation The Task Force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the ESC. *Eur Heart J* 2020; doi:10.1093/eurheartj/ehaa575

Cardiopatia congenita dell'adulto

Da quando le precedenti linee guida sulla gestione della malattia coronarica negli adulti sono state pubblicate nel 2010, si sono accumulate nuove evidenze, in particolare sulle tecniche interventistiche transcateretere e sulla stratificazione del rischio per quanto riguarda i tempi dell'intervento chirurgico e del catetere, nonché il trattamento medico. Le LG aggiornate forniscono raccomandazioni dettagliate sulle aritmie. Vi è maggiore enfasi sull'importanza di comprendere la causa e il meccanismo dell'aritmia e

l'anatomia della malattia coronarica sottostante. Per una gestione ottimale dell'aritmia cronica, l'invio a un centro con un team multidisciplinare ed esperienza nelle aritmie correlate alla cardiopatia congenita dell'adulto è considerato obbligatorio.

Si riportano le categorie di gravidanze ad alto rischio e si raccomanda di sconsigliare la gravidanza alle donne con malattia coronarica e ipertensione polmonare precapillare confermata. Vengono inoltre fornite raccomandazioni più specifiche e adeguate per il trattamento dell'i-

pertensione arteriosa polmonare stessa e vengono affrontati altri aspetti specifici del trattamento medico, come l'insufficienza cardiaca e l'anticoagulazione.

Per oltre 15 diversi tipi di lesioni CHD specifiche, le nuove LG descrivono in dettaglio il work-up diagnostico ottimale e le indicazioni per il trattamento interventistico chirurgico/catetere e forniscono raccomandazioni di follow-up e considerazioni aggiuntive.

• Baumgartner H et al. 2020 ESC Guidelines for the management of adult congenital heart disease. *Eur Heart J* 2020. doi/10.1093/eurheartj/ehaa554

Disidratazione moderata nell'anziano

La disidratazione negli anziani è una condizione comune, potenzialmente fatale, legata alla perdita di acqua e di elettroliti

Gilberto Lacchia - Medico di medicina generale, Ivrea - prescrivere.blogspot.com

Negli anziani segni e sintomi di disidratazione sono aspecifici e poco evidenti: contrazione della diuresi, possibilità di sollevare la cute in pieghe, secchezza delle mucose, astenia, confusione. In assenza di segni di gravità (collasso cardiocircolatorio, calo ponderale >10%, secchezza della mucosa sublinguale, ipotensione grave, letargia) la disidratazione è definita moderata.

- **Parametri** misurabili su cui basare la valutazione sono PA, frequenza respiratoria e cardiaca, natriemia e creatinemia. La disidratazione con ipernatremia è prodotta da una perdita eccessiva di acqua e/o scarso apporto idrico. La disidratazione senza ipernatremia, situazione più rara, spinge a cercare una causa di fondo come diarrea, vomito o l'effetto avverso di un farmaco.

- **I fattori di rischio** che inducono o peggiorano la disidratazione sono febbre, diarrea, vomito, temperatura ambientale elevata o alcuni farmaci (diuretici, lassativi). La glicosuria da iperglicemia o le glifozine inducono una poliuria che aumenta il rischio di disidratazione. Gli psicofarmaci o gli anticolinergici possono causare confusione e alterare l'idratazione spontanea, mentre i parasimpaticomimetici (p.es. anticolinesterasici), possono provocare una sudorazione eccessiva che aggrava la disidratazione in caso di alte temperature. Oltre a correggere i fattori che promuovono la perdita di acqua ed elettroliti, è importante la reidratazione iniziata tempestivamente.

► **Trattamento**

È basato sulla reidratazione progressiva, fornendo ogni giorno circa il 20-30% del deficit idrico stimato, in aggiunta al fabbisogno giornaliero; l'obiettivo è una correzione completa entro 3-5 giorni. Il deficit idrico può essere stimato dal peso corporeo e dalla natremia, secondo la formula: deficit di acqua in litri = $P/2 \times (1 - 140/Na)$, dove P = peso in kg, Na = natremia in mmol/l. La previsione di un'ondata di calore è un'opportunità per rivalutare le terapie farmacologiche attuali e considerare la possibilità di ridurre le dosi o sospendere almeno temporaneamente alcune terapie.

- **Reidratazione orale** - È il trattamento di scelta per una disidratazione moderata negli anziani in grado di bere o mangiare, e con sufficiente sostegno di familiari o caregiver. Va garantito il fabbisogno idrico necessario attraverso cibi e bevande, informando paziente e familiari su quanto bere ogni giorno e incoraggiando un aumento dell'assunzione di liquidi in caso di diarrea, febbre (circa 0,5 litri/grado/die con temperatura corporea >38 °C) e/o aumento della temperatura ambientale (p.es. circa 0,25 litri/grado/die con temperatura ambientale > 35 °C).

Le soluzioni reidratanti orali possono essere utili per correggere la disidratazione moderata, soprattutto nei pazienti con diarrea. La soluzione in polvere ricostituita può essere conservata per un'ora a temperatura ambiente e 24 ore in frigorifero senza rischi di contaminazione. La reidratazione orale è controindicata in caso di occlusione intestinale, vomito ri-

petuto o insufficienza renale acuta.

- **Reidratazione per ipodermoclisi-**

Quando la reidratazione orale è inefficace, inutilizzabile o quando la quantità di acqua da fornire quotidianamente è difficile da ottenere per questa via, l'infusione sottocutanea può essere un'alternativa o un'integrazione.

La tecnica è semplice e può essere effettuata a domicilio dopo averla spiegata ai caregiver. L'uso di agocannule flessibili da 22-24 G è preferibile agli aghi metallici perché possono essere lasciate in sede per tempi maggiori e con meno probabilità di causare effetti negativi locali. Le sedi preferite per l'infusione sottocutanea sono il lato esterno delle cosce e i lati dell'addome o del torace. La schiena è un sito a volte utilizzato in soggetti agitati che tendono a strapparsi le infusioni. È preferibile infondere soluzioni quasi isotoniche al plasma con elettroliti: la soluzione salina isotonica (0,9% NaCl) e la soluzione glucosata al 2,5% con 4,5 g NaCl per litro sembrano essere le più adatte per l'infusione sottocutanea. Il volume massimo da infondere nell'arco di 24 ore è di 1.500 ml per singolo sito di infusione, a una velocità di circa 1 ml/min, per evitare edemi locali eccessivi. Possono essere somministrati fino a 3 litri ogni 24 ore utilizzando due siti di infusione contemporaneamente. Le reazioni avverse associate all'infusione sottocutanea sono rare: dolore, edema o infezioni nel sito di infusione. L'infusione sottocutanea va evitata in caso di disturbi dell'emostasi che espongono a ematomi.

Bibliografia disponibile a richiesta



NUTRIENTI e SUPPLEMENTI

INFORMAZIONE QUALIFICATA DA FONTI QUALIFICATE



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



LEGAME TRA CARENZA DI VITAMINA D E COVID-19



PROTEINE, SE VEGETALI, RIDUCONO LA MORTALITÀ



RISO ROSSO FERMENTATO: SICURO SE DI QUALITÀ



HPV, DIETA E CANCRO: QUALI LEGAMI?



MICROBIOTA E CANCRO: COSA SAPPIAMO OGGI

Legame tra carenza di vitamina D e Covid-19

Crescono gli indizi sullo stretto legame tra carenza di vitamina D e infezione da Sars-coV-2

■ Crescono gli indizi a favore di uno stretto legame tra carenza di vitamina D e infezione da Sars-coV-2. Un contributo rilevante giunge da un lavoro americano (*JAMA Network Open.2020;3(9):e2019722*), che ha preso in esame una coorte di 489 soggetti (366 donne, 123 uomini. Età media: 49 anni) di cui si disponevano i valori di 25-idrossicolecalciferolo e 1,25-idrossicolecalciferolo nell'ultimo anno prima del tampone effettuato tra marzo e aprile scorsi, prendendo anche in considerazione eventuali trattamenti dell'ipovitaminosi D intercorsi.

► Obiettivo

Verificare la correlazione tra livelli di vitamina D, corretti

o meno da un trattamento, prima del tampone naso-faringeo e conseguente positività.

► Risultati

Si sono registrati 71 casi di Covid-19 e il rischio relativo di malattia è risultato 1,77 volte più alto tra quanti presentavano livelli insufficienti di Vitamina D rispetto a coloro che presentavano valori normali.

“L'analisi mostra che chi si presenta al tampone con livelli insufficienti, ha più probabilità di risultare positivo - dicono gli AA. I benefici di una supplementazione sembrerebbero giovare non solo in caso di carenza ma anche in situazioni normali secondo gli attuali standard, tarati però

sui benefici per la salute ossea, mentre poco si sa per ciò che concerne il sistema immunitario. Oggi, però, abbiamo maggiori conoscenze. Sappiamo che la vitamina D rafforza l'immunità innata e quindi potrebbe essere utile nel controllare l'infezione e la sua trasmissione. Agisce anche sul metabolismo dello zinco, coinvolto nella replicazione dei coronavirus e modula la funzione immunitaria agendo su cellule dendritiche e linfociti T in grado di promuovere la clearance virale e di ridurre il processo infiammatorio. Alti livelli di vitamina D sono correlati con minore produzione di interleuchina 6. Per questo auspichiamo l'avvio di trial clinici randomizzati: bassi costi della vitamina D e la sua sicurezza generale, almeno a dosi fino a 4.000 UI/die, rappresenterebbero un valore aggiunto per interventi di salute pubblica, anche solo nei soggetti ad alto rischio”.



Proteine, se vegetali, riducono la mortalità

Confermati gli effetti benefici delle proteine vegetali sui principali fattori di rischio CV e DMT2

■ Una dieta ricca in proteine, soprattutto se di origine vegetale, diminuisce il rischio di mortalità per tutte le cause. Questo il risultato di un'ampia metanalisi (*BMJ 2020; 370: m 2412*) che contribuisce a fare chiarezza su un tema fortemente dibattuto.

“Le diete ricche di proteine, in particolare derivate da legumi, cereali integrali e noci, sono spesso state collegate a minor rischio di diabete, malattie cardiache e ictus, mentre il consumo regolare di carne rossa e un'elevata assunzione di proteine animali sono state correlate

a diversi problemi di salute” sottolineano gli Autori. “Il legame, però, tra consumo di diversi tipi di proteine e mortalità rimane ancora argomento di discussione”.

► I dati della metanalisi

I ricercatori hanno preso in esame 32 studi per un totale di poco più di 715 mila partecipanti, dai 19 anni in su, seguiti in un follow-up di 32 anni, in cui si sono registrati 113.039 decessi, di cui 16.429 per cause cardiovascolari e 22.303 per cancro. L'analisi ha messo in evidenza innanzitutto come, in generale, un elevato apporto di proteine totali si associ a minor rischio di mortalità per tutte le cause.

Il consumo di proteine di origine animale, poi, non ha evidenziato un aumento del rischio di morte per cause cardiovascolari o tumore, mentre quello di proteine di origine vegetale ha determinato un rischio inferiore dell'8% di mortalità per tutte le cause e del 12% di mortalità per malattie cardiovascolari. In aggiunta, per ogni aumento nella dieta quotidiana del 3% di calorie derivanti da proteine vegetali si determina una riduzione del 5% del rischio generale di morte.

I motivi di tali risultati vanno ricercati negli effetti benefici delle proteine vegetali su pressione sanguigna, colesterolemia e glicemia, tra i principali fattori di rischio per cardiopatie e diabete di tipo 2.



Riso rosso fermentato: sicuro se di qualità

È da considerarsi sicuro per il fegato, purché di elevati standard qualitativi

■ Gli integratori a base di riso rosso fermentato sono sicuri per il fegato purché di elevati standard qualitativi. È necessaria, dunque, una serrata attività di vigilanza al fine di proteggere i consumatori dal rischio di prodotti di bassa qualità e potenzialmente pericolosi. Queste le conclusioni di una review (*European J Integrative Medicine* 37:101164), sull'epatotossicità del riso rosso fermentato condotta da un gruppo di ricercatori guidati da **Arrigo Cicero**, presidente della Società italiana di nutraceutica. "Il riso rosso fermentato contiene sostanze statino-simili, in particolare la monacolina K, che, in quanto tali, potrebbero avere una qualche possibilità di indurre epatopatia - commenta Cicero. Peraltro, è da notare che il rischio di epatopatia associata all'impiego di statine è comunque molto basso e correlato in genere all'impiego di dosaggi nettamente superiori a quanto presente negli integratori a base di riso rosso fermentato. Tuttavia, un integratore per definizione deve avere un profilo di sicurezza molto elevato e, quindi, era giusto indagare la questione con maggiore attenzione. L'impiego di integratori contenenti riso rosso fermentato è usualmente molto sicuro e non deve destare particolari preoccupazioni per la salute del fegato. Peraltro, i rischi di tossicità sembrano essere reali solo per l'utilizzo di prodotti non standardizzati e non soggetti a standard produttivi di tipo farmaceutico. Il prodotto di qualità è quindi da con-

siderarsi sicuro per il fegato, salvo rara ipersensibilità individuale o interazioni farmacologiche con farmaci metabolizzati dal citocromo P-450 3A4 con stretto margine terapeutico, usualmente di competenza specialistica.

► Suggestimenti

La regolamentazione attuale sugli integratori a base di riso rosso fermentato limita l'utilizzo a dosi di monacolina K inferiori o uguali a 10 mg/die, che risultano comunque essere sicuri. In caso di pazienti con patologia epatica nota in atto, suggeriremo comunque di iniziare il trattamento con integratori a basso contenuto di monacolina K, per esempio 3 mg, eventualmente aumentabile se ben tollerata" - conclude Cicero.



Hpv, dieta e cancro: quali legami?

Le evidenze suggeriscono un ruolo protettivo di specifici gruppi di alimenti e nutrienti

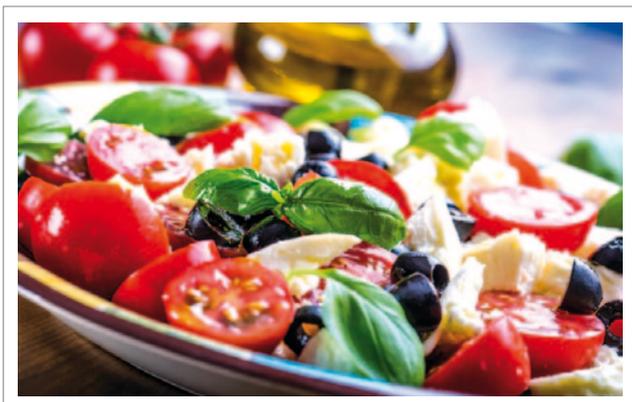
■ L'infezione da Hpv, da sola, non è sufficiente a scatenare il processo degenerativo che porta allo sviluppo di tumore della cervice uterina. Sono necessari altri cofattori, anche legati allo stile di vita, a partire da una cattiva alimentazione. Un argomento che da anni segue con estrema attenzione il dipartimento di Scienze mediche, chirurgiche e tecnologie avanzate "GF Ingrassia" dell'Università degli studi di Catania che ha già all'attivo diverse pubblicazioni, ultima delle quali sul ruolo protettivo degli antiossidanti (*Nutrients* 2020; 12: 1384).

► Principali risultati

"Abbiamo evidenziato che le donne con un elevato ap-

porto di antiossidanti nella dieta hanno minori probabilità di essere infettate da Hpv ad alto rischio rispetto a quelle che hanno riportato un consumo inferiore" - afferma **Martina Barchitta**, ricercatore in Igiene generale e applicata presso il "GF Ingrassia" di Catania. In particolare, l'assunzione di zinco nella dieta era associata negativamente al rischio di infezione da Hpv ad alto rischio, probabilmente a causa delle sue proprietà immunomodulanti. Altri studi hanno infatti dimostrato che gli antiossidanti potrebbero esercitare un effetto protettivo contro la progressione dell'infezione, modulando la risposta immunitaria, la replicazione virale e l'espresso-

ne genica. È importante chiarire che il nostro studio non intende fornire raccomandazioni sull'uso di integratori antiossidanti in quanto è necessario valutare, anche mediante studi randomizzati e controllati i benefici e gli svantaggi della supplementazione di antiossidanti nelle donne a rischio di cervico-carcinoma. Tuttavia, i nostri risultati supportano, ancora una volta, l'importanza di una adeguata dieta che apporti tali nutrienti per la prevenzione dell'infezione e del cancro”.



► La dieta aiuta a proteggersi dal rischio di infezione?

“Le evidenze scientifiche prodotte suggeriscono un ruolo protettivo del consumo di specifici gruppi di alimenti, nutrienti e dell'aderenza a un profilo dietetico sano come quello tipico della dieta mediterranea. Questi risultati sono fondamentali per indirizzare le strategie preventive di sanità pubblica basate su interventi per la promozione di una dieta sana.

Sebbene la vaccinazione contro l'Hpv e lo screening organizzato contro il cervico-carcinoma costituiscono le strategie di provata efficacia per il controllo dell'infezione da Hpv e del cervico-carcinoma, in termini di incidenza e mortalità associata, la storia naturale di questo tipo di cancro suggerisce la possibilità di ottenere un ulteriore beneficio, in termini di prevenzione, mediante programmi di promozione di una dieta sana. Tuttavia, sono necessari ulteriori studi prospettici su ampia scala per chiarire l'effetto della dieta e di specifici nutrienti sull'infezione da Hpv, sulla sua persistenza e pertanto sullo sviluppo e progressione del cervico-carcinoma”.

Microbiota e cancro: cosa sappiamo oggi

Studi sperimentali: alcuni batteri si associano alla risposta ai trattamenti antitumorali

■ I batteri dell'intestino esplicano diverse funzioni fisiologiche, ma principalmente formano una barriera fisico-chimica che protegge l'epitelio intestinale dall'attacco da parte di sostanze tossiche o di altri batteri in grado di causare diverse patologie. Da qui la relazione tra microbiota e alcune malattie infettive, infiammatorie croniche, autoimmuni e tumori.

Numerosi studi condotti su animali di laboratorio mostrano come specifici batteri si associano a maggiore o minore risposta di diversi tipi di tumore a trattamenti antitumorali come la chemioterapia e l'immunoterapia.

Claudio Vernieri Oncologia Medica 1 - Istituto Nazio-

nale dei Tumori di Milano, affronta il tema spiegando che: “In specifiche popolazioni di pazienti oncologici, l'utilizzo di antibiotici in concomitanza con il trattamento immunoterapico è stata associato a minore risposta alla terapia e a minore sopravvivenza del paziente. Mancano invece al momento prove scientifiche a sostegno di un possibile ruolo dell'assunzione di probiotici nel migliorare l'efficacia di trattamenti antitumorali standard”.



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

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