

M.D.

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

Anno XXIX, numero 6 - 2022

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: Nicola Miglino - ISSN 1123 8631

IN QUESTO NUMERO

CONTRAPPUNTO 6

**Il rapporto dicotomico
tra politica e Medicina Generale**

SCENARI 17

**Verso l'oblio della relazione
fiduciaria e della capillarità
degli ambulatori**

RASSEGNA 30

**Malattia da Covid-19 e disturbi
neurologici. Potenziali
meccanismi biopatologici
ed evoluzione clinica**

TERAPIA 36

**Resistenza antimicrobica.
Raccomandazioni
per un piano d'attacco**



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



Carlo Celentano

*Mmg e professore a contratto di Medicina Generale
Humanitas University Milano*

**Cure primarie, per una vera svolta
serve un confronto tra le professioni**

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXIX numero 6 settembre 2022

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

Direttore Editoriale

Dario Passoni

Direttore Responsabile

Nicola Miglino

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Pubblicità

Teresa Premoli
Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia



RCP Cardioaspirin

In questo numero

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
Cure primarie, per una vera svolta serve un confronto tra le professioni 5
- **Contrappunto**
Il rapporto dicotomico tra politica e Medicina Generale 6
- **Riflessioni**
Medici di Famiglia dipendenti? Sì, no... Un falso problema 8
- **Osservatorio**
Per l'autunno occorrono i vaccini anche per l'influenza 11
- **Tribuna**
Non siamo asini, ma muli con zavorre telematiche 16
- **Scenari**
Verso l'oblio della relazione fiduciaria e della capillarità degli ambulatori 17
- **Appunti**
I medici, la pubblicità e la perdita di decoro 19
- **Italia sanità**
Siamo un Paese di "fragili" mal assistiti 20
- **Note stonate**
C'era una volta in un Paese remoto una strana Convenzione 22

AGGIORNAMENTI

- **Aterosclerosi**
Nuovi farmaci per il controllo lipidico 24
- **Cardiologia**
Il sonno diventa un nuovo indicatore di salute ideale 25
- **Epatologia**
Le nuove linee guida per la steatosi epatica non alcolica 26
- **Linee guida**
Prevenzione della morte cardiaca improvvisa: le linee guida ESC 27
- **Prevenzione**
Drastica riduzione dell'idoneità alle statine 28
- **Terapia**
L'efficacia dell'antipertensivo è svincolata dall'orario di assunzione 29

CLINICA E TERAPIA

- **Rassegna**
Malattia da Covid-19 e disturbi neurologici.
Potenziali meccanismi biopatologici ed evoluzione clinica 30
- **Prevenzione**
Malnutrizione nel paziente oncologico.
Riconoscimento precoce e pronto intervento 33
- **Terapia**
Resistenza antimicrobica. Raccomandazioni per un piano d'attacco 36
- **Congressi**
Tra vecchie e nuove sfide la dermatologia si adatta, si evolve 38
- **Review**
Antinfiammatori nella cura precoce del Covid, come quando e perché 42
- **Rassegna da Nutrienti e Supplementi** 43

Cure primarie, per una vera svolta serve un confronto tra le professioni

■ Anna Sgritto

“// Quello che ci aspetta, nel bene e nel male - dichiara a *M.D. Medicinae Doctor Carlo Celentano*, Mmg e professore a contratto di Medicina Generale, Humanitas University Milano - è un cambiamento epocale della sanità sia ospedaliera sia territoriale nella quale può essere, non solo di grande interesse, ma necessario creare momenti di discussione, di scambio di opinioni e di dibattito tra operatori, tecnici, politici sul futuro che vogliamo e possiamo costruire. Una discussione che possa essere fioriera di spunti di riflessione tali da poter non solo migliorare, ma attuare un cambiamento che già è in corso. Ci sono dei fattori importanti da considerare, visto che tale rinnovamento si inserisce in un contesto caratterizzato da un ricambio generazionale professionale dove la carenza dei medici è preponderante”.

“Un problema - tiene a precisare Celentano - che non è solo quantitativo, ma soprattutto motivazionale per quanto concerne, in particolar modo, la scelta di esercitare la Medicina Generale che si trova a dover operare in un territorio sempre più complesso in cui attualmente si vede costretta ad assumere in proprio responsabilità sempre più importanti, senza da un lato poter contare su luoghi agibili, stabili e paritari di concertazione e programmazione e, dall'altro, con uno scarso riconoscimento economico e formale del nuovo ruolo”.

“Abbiamo bisogno di pensiero - sottolinea - di luoghi di crescita e strumenti formativi. Da qui nasce l'idea di realizzare un convegno ad hoc: *“Strategie di confronto, formazione e comunicazione alle soglie di una nuovo modello di medicina territoriale”* che si svolgerà a Milano il 29 ottobre nella Sala Biagi di Palazzo Lombardia. Una giornata di ponderazione, di evidenziazione delle criticità senza dimenticare di porre l'accento su quelli che sono i valori da conservare che contraddistinguono l'unicità della Medicina Generale che è il fulcro delle cure primarie e quindi della medicina e dell'assistenza territoriale. Valori che vanno promossi e mantenuti nel nuovo modello sanitario”. “Abbiamo potuto realizzare tale giornata - conclude Celentano - grazie alla disponibilità degli Uffici Regionali e della direzione della presidenza della Regione Lombardia e che ci ha dato l'opportunità di fare chiarezza sulle potenzialità di un modello, quello delle cure primarie, proiettato in un rinnovamento epocale fatto di uomini, di strutture e cultura dove è fondamentale valorizzare e conservare il buono del passato coniugandolo con un nuovo presente e un futuro che sappia dare le giuste risposte alle aspettative di salute e benessere psicofisico delle nostre popolazioni”.



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

Il rapporto dicotomico tra politica e Medicina Generale

I medici e la medicina territoriale, tanto evocata per l'efficientamento del nostro sistema sanitario, sono rimasti ai margini di questa tornata elettorale. Non è una novità perché da anni, compresi questi ultimi, le parole e non i fatti hanno caratterizzato l'approccio politico verso le istanze portate avanti da chi, tra tagli e sacrifici ha fatto andare avanti un sistema che si è inceppato. Ma si sa che la strada dell'inferno è lastricata di buone intenzioni

Alessandro Chiari - Segretario Fismu Emilia Romagna

Al momento in cui scriviamo questo contributo, la campagna elettorale è entrata nel vivo registrando un vero e proprio oblio delle tematiche inerenti al miglioramento del Ssn che ha mostrato tutte le sue carenze durante il periodo pandemico. Le considerazioni che seguiranno sono assolutamente apolitiche e apolitiche, sono solo un'amara riflessione su quanto sta accadendo, soprattutto, tendono ad evidenziare la dicotomia che caratterizza il rapporto tra politica e mondo medico, in particolare quello dei medici di medicina generale. Esaltati come il *front office* del Ssn, additati come capri espiatori delle sue inefficienze e spronati, perché 'inadeguati', ad essere protagonisti di una rivoluzione nata già obsoleta.

Qual è la definizione di follia? Il ripetere continuamente la stessa azione e aspettarsi un risultato diverso? Questo è quello che stanno proponendo alla Medicina Generale: lo stesso disegno dove cambiano solo nomi risonanti, ma dove il progetto rimane lo stesso, inconsistente da anni. Bisogna capire che non si può proporre per

due decenni lo stesso identico dogma/programma solo perché questo vent'anni fa era popolare. Qualcuno ci fa notare che sembra quasi che il tempo non scorra per le persone che lavorano in regione e/o dentro il ministero che sembrano non cambiare, non evolvere, non accorgendosi che il Paese che governano, così come il resto del mondo, è mutato radicalmente, i medici sono stanchi dei rendiconti in stile nord coreano che arrivano dalle faraoniche riunioni regionali, non ne possono più di notiziari impostati sempre sulla stessa linea editoriale e i Colleghi non riescono a capire perché di nuovo si debba vivere sotto la costante pressione ideologica che insegna che il resto delle regioni è una sorta di riserva arretrata da civilizzare perché la regione in cui si esercita è la più virtuosa.

► Politicamente corretto

Non esiste società se non si danno regole di convivenza e se non si rispettano: la procedura di formazione delle regole distingue il regime politico. La tutela della salute è il caso tipico di una crisi che nasce perché si deve trovare

una sintesi tra il diritto dell'individuo e quello della comunità e non sempre è possibile farlo facilmente. *De iure* "secondo la normativa vigente" esprime un orientamento giurisprudenziale ormai consolidato; *de iure condendo* significa invece "secondo la normativa in elaborazione" e fa quindi riferimento a normative o leggi inesistenti, ma che si stanno (forse) costruendo. Il diritto diventa tale quando la comunità nel suo insieme, o meglio la maggioranza, lo riconosce come tale. La diffusione pandemica di SARS-CoV-2 ha messo in ginocchio il mondo intero nonché la politica di stampo liberale che si regge sul consenso pubblico, sui grandi valori democratici, quali la difesa dei diritti dell'individuo. L'avvento dei cambiamenti ci ha destinati a trasformare in modo radicale il nostro mondo ed è un processo di *reset* ormai in atto, una trasformazione ben lontana dal caratterizzarsi come un viaggio entusiasmante felice verso il futuro, bensì piuttosto, come un terremoto accompagnato da processi socio politico economici votati a creare una sempre maggiore disuguaglianza do-

ve la principale conseguenza di questa trasformazione sarà la disgregazione se non la perdita dei sistemi di *welfare* ai quali siamo abituati.

La tragica inefficienza dell'apparato sanitario durante il periodo pandemico nei Paesi che prima si vantavano ad essere all'apice della civiltà e del progresso ha dimostrato che il processo è più reale di quanto appaia nelle sue teorie. Se pensassimo proprio ora di togliere l'elmo, sfilare la cotta ed il resto della corazza, ed appoggiare la lancia e le armi ad un albero, non sarebbe certo il momento più opportuno: è necessario rimanere a combattere sul campo.

► Il mondo post-Coronavirus

Al riguardo mi ha impressionato il film "Don't Look Up" che sembra voler raccontare, le contraddizioni del mondo in cui ci troviamo. Nel film la strutturale messa in crisi del metodo scientifico da parte di masse ignoranti sedotte dalla (pseudo) contro-informazione e dal complottismo risuona con l'attualità del mondo post-Coronavirus. Sembra inquadrare perfettamente quei pifferai magici che, per tornaconto personale, accompagnano, spregiudicatamente, l'opinione pubblica verso posizioni negazioniste e antiscientifiche. Il messaggio è forse fin troppo esplicitato e sortisce l'effetto di rigirare il dito nella piaga di un sistema mediatico e politico malato, esponendo la pericolosissima assurdità del reale. Il verosimile fa da collegamento fra la vita e la fiction, fra noi e il palco e ciò che inganna è che si riferisce a "fatti realmente possibili". La confusa percezione è il vero messaggio del film: un vortice di ignoranza, *fake news*, miopia politica, inte-

ressi economici e tracotanza, che non risparmia nessuno, e tocca tanto la classe dirigente quanto il mondo dei media e i comuni cittadini. Un fallimento epocale dell'intelligenza umana.

► Il passato perduto e il nuovo che sa di vecchio

È anche vero che, se attualmente hanno assunto una consistenza valoriale, l'*happy hour*, la visibilità sui *social network* nonché le informazioni che questi veicolano, allora riusciamo a spiegarci perché non si sia imparato nulla da questa pandemia. Nessuno più indossa la mascherina non c'è nessuna attenzione e questo continua ad 'intasarare' la sanità, ma soprattutto il Mmg, sempre più soffocato dal controllo burocratico e, naturalmente, chi ne ha colpa non vuole responsabilità e racconta che la Medicina Generale non è più adeguata e c'è bisogno di una rivoluzione progettuale che, guarda caso, nasce assolutamente vecchia e storpiata dal momento particolare che stiamo vivendo. La migliore stagione per il medico di medicina generale che diventava imprenditore di se stesso e della sanità e che ha dato gli anni migliori della medicina territoriale s'è persa per sempre perché si è stati sordi alle denunce che venivano dalla professione e si è passati dal considerare non più prioritaria l'efficacia clinica dell'atto medico, ma l'organicità del medico al sistema sanitario di riferimento. Assistiamo così al proliferare della burocrazia che veicola un vero e proprio controllo politico e sanitario sulla figura del medico.

► Il consenso ad ogni costo

A ciò va aggiunto che la politica ha perso la sua *mission*. Non più

arte del possibile e "visione di Paese" a lungo termine. Quello che predomina è il consenso che parla alla 'pancia' dei cittadini ed è funzionale a gestire il contingente non preoccupandosi delle conseguenze. Così non c'è da meravigliarsi se tra i medici dominano sfiducia e pessimismo per il futuro del Ssn e della professione (come ben evidenzia una recente ricerca di IQVIA, condotta su un campione rappresentativo di medici di medicina generale, medici ospedalieri e territoriali). Tutto ciò influisce negativamente sul vissuto e sulle prospettive dei medici. E la politica, con il suo rapporto schizofrenico verso la professione, perde di credibilità.

La committenza è finita. La conciliazione è finita. Non ci resta che entrare in un medioevo barbaro della medicina territoriale: ciò che ricercano i fautori di tali posizioni non è una operatività clinica, ma una visibilità politica ipotetica. Chi non ha un'identità politica o progettuale, è come un attore sul palco, spesso cambia il proprio personaggio e di conseguenza anche le proprie posizioni, proponendo prospettive progettuali che si modificano ogni giorno come in una rappresentazione pirandelliana. Con linguaggio borbonico potremmo dire che la rivoluzione non si farà certo oggi, forse nemmeno domani, ma dopodomani sicuramente. E se ci immaginassimo una battaglia combattuta da una parte con la legione romana contro la falange macedone chi la vincerebbe? Concludo con una frase di Oliver Stone: *a volte ti capitava di guardare attraverso le sbarre e pensare: ma là fuori siete diventati tutti matti?*".

Medici di Famiglia dipendenti? Sì, no... Un falso problema

Non sono affatto convinto che il semplice passaggio alla dipendenza migliori automaticamente le cose per l'assistito. In Portogallo, ad esempio, ove risiedo da cinque anni, abbondano storture e incongruenze pur in un modello di Medicina di Famiglia 'dipendente'

Vincenzo Giordano*

Anni fa, e fino al mio pensionamento nel 2017, l'idea di svolgere il mio lavoro come dipendente e non come libero-professionista convenzionato, mi era ostica, mi spaventava e irritava.

Successivamente, una profonda riflessione sulla sfavorevole evoluzione della professione nella maggior parte degli ambiti territoriali - che ha portato i medici di medicina generale ad allontanarsi sempre più dalle esigenze della persona-assistito, e sulla dimostrata loro incapacità di auto riformarsi per fornire un servizio di Medicina di Famiglia all'altezza delle aspettative dei cittadini e dell'Autorità Sanitaria Centrale e Regionale - mi ha portato ad augurarmi, come unica possibilità di salvezza e "ringiovanimento" di questa professione il passaggio alla dipendenza nell'ambito del

nuovo modello in arrivo con il Pnrr.

Il problema è che non sono affatto convinto che il semplice passaggio alla dipendenza migliori automaticamente le cose per l'assistito. In Portogallo, ad esempio, ove risiedo da cinque anni, abbondano storture e incongruenze pur in un modello di Medicina di Famiglia 'dipendente'.

Sono propenso a pensare che il nuovo modello porti a una maggiore omogeneità di erogazione e di 'interpretazione' della professione sul territorio nazionale; sul fatto poi che sia foriera di un sostanziale miglioramento per l'assistito, ho dubbi fortissimi, a meno che una sinergica azione governo-sindacati della MdF- ordini dei medici, attraverso un controllo sereno, ma efficace delle Asl, non porti, con sostanziosi cambiamenti culturali, a una nuova figura di professionista che si richiami ai valori umanistici del passato e riesca contemporaneamente a farsi carico delle sfide tecnologiche del futuro.

► II DM 77

Nel DM 77 si propone un modello omogeneo su tutto il territorio nazionale delle modalità erogative

dell'assistenza sanitaria da parte del Mmg. Venti ore di assistenza ambulatoriale e ulteriori diciotto ore settimanali in attività come visite domiciliari, lavoro presso la CdC e/o presso l'Ospedale di Comunità, ove presente.

Questa attività sarà coordinata ed imposta da un politico-amministratore, a volte anche con laurea in Medicina, con la inevitabile perdita di flessibilità che questo assetto comporterà e con un grave danno economico per il medico se attività, finora pagate a notula o a compenso orario, rientreranno nella onnicomprensiva quota capitolaria. Se così sarà, saranno danneggiati tutti quei Colleghi che, pur muniti magari di una o più specializzazioni, hanno da sempre creduto nella Medicina di Famiglia (MdF), ad essa dedicandosi con tutto il loro impegno.

I Colleghi che invece hanno esercitato la professione dedicandovi il minimo del tempo e delle energie, quelli, intendo, che si vantano di non aver mai fatto una visita a domicilio, quelli che "*il Pc serve solo per stampare ricette!*", quelli che la riconciliazione son convinti sia un trattato tra Stato e Chiesa, quelli che non stampano la scheda clinica am-

* Medico di medicina generale da novembre 1975 alla fine del 2016 nel Comune di Modigliana, ambito Territoriale Modigliana-Treozio (FC - AUSL ROMAGNA), partecipe delle (allora) più avanzate modalità di erogazione dei Servizi Sanitari di Base (Medicina di gruppo, Country Hospital - poi Ospedale di Comunità - Casa della Salute)

bulatoriale per l'invio a consulenza specialistica (perché spesso neppure raccolgono i dati né tanto meno li elaborano); questi Colleghi che contavano, e contano, su altre occupazioni mediche ben più remunerative, troveranno il modo per continuare a fare quello che hanno sempre fatto o, al massimo, getteranno alle ortiche la MdF, se proprio costretti.

► Un'esperienza positiva

Laddove, infatti, come in Emilia Romagna (Ausl Forlì) la Casa della Salute (2008) e gli Ospedale di Comunità (*Country Hospital*-1998) sono nati per primi in Italia, il funzionamento di queste strutture ha avuto un grande successo presso i Mmg coinvolti e, ciò che è più importante, tra gli assistiti, esse sono germogliate da una libera, intelligente e onesta collaborazione fra Mmg e dirigenza Asl.

I primi, esprimendo la capacità di provare, flessibilmente, a percorrere le strade di una nuova assistenza ambulatoriale fortemente integrata con gli specialisti medici, con l'assistente sociale e lo psicologo fisicamente presenti nella struttura, con la ulteriore possibilità di curare il proprio paziente in loco, nell'Ospedale di Comunità (OdC).

I secondi, artefici di una lungimirante (diciamo che sono stati capaci di anticipare il futuro di almeno quindici anni!) attività progettuale che - validata dal pieno successo della iniziativa 'cucita su misura' sulle esigenze della popolazione locale - non solo prosegue fino ai nostri giorni, ma nel frattempo si è allargata a molte Regioni e ha fatto da 'calco' per la elaborazione di questi modelli a livello ministeriale.

► **Gli elementi che hanno fondato un successo.** Passione per la propria professione; capacità di focalizzare la propria attività sull'assistito e sui suoi bisogni, espressa anche dall'accesso libero e diretto all'ambulatorio e orari di ambulatorio espandibili secondo le necessità; voglia di sperimentare novità nel campo dell'assistenza di primo livello e capacità di tessere rapporti professionali e personali con le altre figure partecipi del progetto; stretta embricatura, via scheda digitale ambulatoriale, fra i vari ambulatori e OdC; ottimi e franchi rapporti di reciproca stima con la dirigenza Asl, cui va il merito di averci trattati da professionisti capaci di fare bene il proprio lavoro senza la rigidità di minuziosi regolamenti, ma dentro una semplice cornice operativa costruita sulla fiducia; ultimo, ma non di minore importanza, la possibilità di un, sudato, guadagno 'extra'.

Questi sono stati gli elementi alla base del successo della CdS (o CdC) e dell'annesso OdC 'germogliati' negli anni surricordati nell'Ambito Territoriale di Modigliana-Tredozio (FC).

► Un modello nato dal basso

Auguro naturalmente ogni successo alle iniziative previste dal DM 77, ma nasce spontaneo il dubbio che si riesca effettivamente e in breve tempo ad adattare felicemente i modelli previsti alle singole realtà locali, molteplici e variegati. Il nostro modello nasceva dal basso in rapporto a specifiche necessità della popolazione locale e a particolarità orografiche. Non veniva calato ed imposto dall'alto.

Mi risulta particolarmente ostica

l'idea che un Mmg, massimalista riesca a fare decentemente il lavoro ambulatoriale con le sole 20 ore settimanali richieste dal DM 77.

Immagino che anche i Colleghi che finora avevano resistito all'ammaliante (per loro) sirena-accesso per appuntamento, dovranno piegarsi alla necessità di contingentare rigidamente la parte ambulatoriale del loro lavoro per espletare gli altri compiti previsti per le rimanenti 18 ore. Questo significherà appuntamenti dilazionati e conseguente malumore dell'assistito, ricerca automatica di pseudo-soluzioni presso i Ps o la Continuità assistenziale.

Qualcuno potrebbe obiettare: *"Scusate, ma allora come facevate voi dell'Ambito Territoriale Modigliana-Tredozio? Per caso avevate il dono dell'ubiquità?"*.

Rispondo, per me e per i Colleghi partecipi di quel modello (due di essi sono vicini alla pensione, ma ancora adesso in attività).

No, naturalmente! Il segreto era semplice: lavorare ognuno per i cinque giorni della settimana per una media di nove-dieci ore al giorno e con un perfetto sistema di reciproche sostituzioni, basato ovviamente sulla condivisione LAN della scheda clinica ambulatoriale che ci permetteva di seguire il paziente del Collega in un certo momento impegnato in attività extra-ambulatoriale o a usufruire della mezza giornata di riposo settimanale. Al riguardo avevamo elaborato un sistema a notula virtuale per cui il Mmg che prestava la sua opera in favore di un Collega assente per un qualsiasi motivo, annotava la data e il tipo di prestazione (visita ambulatoriale, domiciliare, in RSA, medicazione, etc.) e a fine

anno vigeva una 'camera di compensazione' delle rispettive notule virtuali. Le notule che rimanevano ai componenti del Gruppo che, evidentemente, avevano lavorato di più, si trasformavano in euro reali a un costo concordato. Un sistema che premiava ciascuno secondo il lavoro effettivamente svolto, distribuiva gli assistiti del medico o dei due medici assenti (anche per ferie) sui 3-4 medici comunque attivi, secondo le preferenze di ciascun assistito, evitava la "furbizia" di assenze eccessive che si sarebbero tradotte a fine anno in maggiori spese per compensare i Colleghi-Stakanov.

Una volta catapultati nel Nuovo Mondo della CdC e dell'OdC secondo il DM 77, è necessario non sprecare occasioni per stabilire forti relazioni professionali e personali con gli altri protagonisti dell'assistenza sanitaria di primo livello così rimodulata e con i Colleghi Mmg quando non ci siano già.

Cercate, da professionisti, di far marciare il tutto per il meglio, anche facendo ognuno qualche piccola (o grande) concessione agli altri Colleghi, stringere accordi solidi. Tutto questo vi metterà al riparo da rigide (e antipatiche) imposizioni d'imperio da parte di Autorità Politico-Amministrative Asl, a volte animate da spirito di rivincita sul Mmg finalmente trasformato in dipendente.

► L'incognita regionale

Non so (non sono un veggente) come verrà nelle varie Regioni 'declinata' la riforma sanitaria. Temo molto che invece di una necessaria omogeneizzazione della assistenza sanitaria di base vi sa-

rà l'introduzione di ulteriori elementi di differenziazione, spesso peggiorativi del servizio erogato all'assistito.

Quello però che mi fa più paura è la mancanza di chiarezza, almeno per quanto finora è dato conoscere, sui fini di questa riforma.

Mi chiedo se si vuole implementare un modello che in alcune Regioni ha funzionato bene e con soddisfazione degli assistiti, producendo CdS con o senza annesso OdC. È un modello che in Romagna funziona, con le varie implementazioni, dai primi anni di questo secolo, modello che conosco benissimo per esserne stato partecipe.

Ma il modello funziona se sono soddisfatte alcune premesse:

1. Adattamento ai reali bisogni della popolazione locale.
2. Disponibilità di professionisti a lavorare in media dalle 9 alle 11 ore al dì per 5 gg.

Sono convinto che una MdF non si possa definire tale se non mette in campo le peculiarità caratterizzanti tale professione:

- A. Accesso all'ambulatorio libero e diretto
- B. Visita a domicilio erogata tenuto conto della difficoltà del paziente a raggiungere l'ambulatorio e per considerazioni epidemiologiche
- C. Elaborazione di una scheda clinica ambulatoriale digitale esaustiva e nel contempo di facile lettura offerta proattivamente all'assistito per i suoi spostamenti tra i vari consulenti specialisti.
- D. Visione globale della situazione sanitaria della persona.
- E. Presa in cura della cronicità 'in prima persona'.

Questo è quanto la Politica dovrebbe richiedere al Mmg. Chia-

ramente serve un Ente di controllo, costituito da rappresentanti Asl, sindacati della MG e ordini dei medici che vigili a tutela della qualità delle cure e della soddisfazione e del benessere dell'assistito.

► Una domanda

Nel frattempo ai Colleghi che negli anni si sono sempre più allontanati dal modello classico della nostra professione, privandolo via via di quelle caratteristiche peculiari che, appunto, ne facevano un lavoro 'speciale', chiedo chiarezza. Vogliono ripristinare queste peculiarità o continuare a perdere per strada pezzi e pezzettini del nostro (faticoso) lavoro? La richiesta di una istituzionalizzazione delle Usca (oltre le giuste necessità determinate dalla pandemia) mi pare vada in questa errata direzione. Né ho sentito da parte dei sindacati della MG proposte innovative che migliorino il benessere della persona-assistito e il suo gradimento nei confronti delle prestazioni ricevute che mi risulta al minimo storico.

'Le MdF che non recuperino le essenziali caratteristiche di una medicina costruita attorno, e per, la persona-assistito, hanno tutto il diritto di farlo, finché costituite da liberi-professionisti convenzionati, ma dovrebbero farci il favore, a noi della 'vecchia scuola' di trovarsi un nome diverso per la professione che esercitano. Personalmente, mi sono stufato di vedere accendersi risolini sul volto di interlocutori cui comunico di aver lavorato come MdF o, in alternativa, di dover prodromicamente avvertire che ho fatto sì questa professione, ma secoli fa.

Per l'autunno occorrono i vaccini anche per l'influenza

Questo l'appello lanciato da Simg-Simit-Sitl in un documento congiunto per avviare da subito la campagna antinfluenzale in tutte le Regioni. Sulla stessa lunghezza d'onda la Fimp

■ Anna Sgritto

“ La profilassi per l'influenza - ha dichiarato **Claudio Cricelli**, Presidente Simg - rischia di essere messa in secondo piano dal Covid, ma non deve assolutamente essere sottovalutata”.

La minore circolazione del virus dell'influenza negli ultimi anni ha ridotto l'immunità naturale. Il numero delle somministrazioni dei vaccini antinfluenzali è in calo. Ma il Covid non deve distogliere l'attenzione dall'influenza, che il prossimo inverno potrà tornare a colpire duramente. Le prime evidenze sono suggerite dai dati provenienti dall'emisfero australe dove è in corso una elevata circolazione del virus influenzale. Nelle prossime stagioni l'influenza comparirà e si hanno già indicazioni sulla sua gravità. Serve un'azione incisiva che coinvolga popolazione e istituzioni. Le tre società scientifiche lanciano

l'appello sin da subito: le Regioni devono provvedere a un approvvigionamento sufficiente di scorte, mentre la cittadinanza deve comprendere l'importanza della vaccinazione, a prescindere dal Covid.

► **L'Italia si prepara alla prossima stagione influenzale** - In Italia, come in gran parte del resto del mondo, gli ultimi due anni hanno visto una riduzione dell'attività influenzale. Un fenomeno frutto soprattutto delle misure restrittive legate SARS-CoV-2. Il prossimo inverno però potrà verificarsi un'inversione di tendenza che desta un'allerta, rispetto alla quale si è ancora in tempo per porre in essere misure di contenimento adeguate. È necessario che da parte delle Regioni vi sia un sufficiente approvvigionamento di vaccini, mentre nei confronti della cittadinanza sia avviata una persuasiva campagna di sensibilizzazione. Questo il monito lanciato da tre società scientifiche (la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie - Simg, la Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali - Simit, la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica - Sitl) che hanno pubblicato un documento congiunto sul tema A far temere, sono la probabile riduzione dell'immunità naturale della popolazione dopo gli ultimi due anni; i dati preliminari in calo dell'ultima campagna di vaccinazione antinfluenzale e le informazioni che arrivano dall'emisfero australe.



➤ **Calo coperture. Le statistiche sull'influenza in crescita, quanto potrà essere grave?**

“La profilassi per l'influenza rischia di essere messa in secondo piano dal Covid, ma non deve assolutamente essere sottovalutata - sottolinea Claudio Cricelli, Presidente Simg - Nelle prossime stagioni l'influenza comparirà e abbiamo già indicazioni sulla sua gravità. Serve un'azione incisiva che coinvolga popolazione e istituzioni affinché ci si attrezzi sin da subito per proteggersi dall'influenza con un'approfondita campagna vaccinale. Si devono tenere a mente concetti come la severità dell'infezione da virus influenzale, il carico clinico della malattia, i costi per il Servizio Sanitario Nazionale, il ruolo centrale della vaccinazione nella prevenzione dell'influenza”.

“È fondamentale prepararsi da subito contro il virus influenzale - evidenzia **Antonio Mastroianni**, Presidente Simit - Occorre ribadire l'importanza di questa vaccinazione, sottovalutata soprattutto nell'ultimo anno, quando si è verificato un calo delle coperture. Si tratta di un importante tema di sanità pubblica, su cui le istituzioni nazionali e regionali non possono rimandare il proprio impegno. L'influenza rimane una malattia infettiva gravata da complicanze soprattutto nei soggetti più fragili come anziani, pazienti con comorbidità e immunodepressi, che rappresentano coloro che sono maggiormente esposti agli effetti dannosi dell'influenza e possono ottenere i maggiori benefici dalla vaccinazione”.

“In previsione dell'aumento dei casi che si registreranno in autunno ed in inverno - dichiara **Antonio Ferro**, Presidente SItI - è fonda-

mentale effettuare la vaccinazione antinfluenzale. La doppia inoculazione, antiCovid e anti-influenza, è sicura ed importante, in quanto anche l'influenza può generare complicazioni molto gravi. È altrettanto fondamentale iniziare a parlarne già da ora per raggiungere, con questo appello, più persone possibili, facendo partire una campagna di sensibilizzazione, da parte di tutti gli operatori del mondo della Sanità, per informare correttamente tutta la popolazione”.

➤ **Influenza e vaccini negli ultimi due anni**

- Secondo l'OMS ogni anno nel mondo le morti determinate dall'influenza stagionale oscillano tra 250 e 500 mila, di cui 15-70 mila in Europa; circa il 90% avviene tra gli ultra 65enni. In Italia si stimano circa 8mila decessi all'anno a causa dell'influenza e delle sue complicanze. Durante l'inverno 2020-2021, in piena pandemia, le vaccinazioni contro l'influenza, sulla spinta dei timori causati dal Covid, hanno registrato un notevole incremento (65.3% negli over 65 rispetto al 54,6% del 2019/2020). Ad oggi, i dati preliminari relativi all'ultimo inverno, evidenziano invece una sensibile e preoccupante riduzione. I motivi sono molteplici: limitata circolazione dei virus influenzali nelle stagioni precedenti; diminuzione della percezione del rischio legato all'influenza rispetto a quello del SARS-CoV-2; sovrapposizione con la terza dose del vaccino anti-Covid. Il calo delle coperture e il mancato utilizzo di significativi quantitativi di vaccini stanno spingendo le Regioni a rivedere al ribasso il numero di dosi da acquistare: un errore da non commettere, secondo gli esperti.

➤ **I primi dati dall'emisfero australe**

- Tra le preoccupazioni, vi sono anche le prime informazioni che arrivano dall'emisfero Sud. I dati epidemiologici registrati in Australia e in Argentina rilevano un'evidente recrudescenza dell'influenza, con diffusione ai livelli pre-pandemia, visto l'abbandono dei mezzi di protezione individuale e delle misure di contenimento. In Australia, i casi di influenza confermata in laboratorio rilevati dal sistema di sorveglianza sono in aumento dal mese di marzo, con 90% di campioni esaminati che hanno rilevato la presenza del virus influenzale di tipo A. Nello specifico, sono stati notificati 87.989 casi di influenza confermata in laboratorio, e la tendenza è in ulteriore crescita. Il numero di casi riportati settimanalmente ha superato la media dei 5 anni precedenti, e l'andamento di questa stagione sembra replicare quanto accaduto nel 2017, stagione che si rivelò estremamente severa. Anche in Argentina, dalla settimana 49 del 2021 (quindi fuori dalla stagione invernale dell'emisfero australe) è stato invece rilevato un aumento del numero di casi di influenza, principalmente Influenza A H3N24. Tra le settimane 1-6 dell'anno 2022, sono stati registrati 166 casi di influenza da parte del Sistema Nazionale di Sorveglianza Sanitaria. Quanto sta accadendo nell'emisfero australe potrebbe essere quindi un indicatore di quanto potrà accadere anche alle nostre latitudini durante il prossimo inverno.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF del documento congiunto Simg-Simit-SItI

Regioni in ritardo sull'approvvigionamento dei vaccini contro l'influenza

Le Regioni siano pronte per la prossima influenza stagionale. Al momento il ritardo negli approvvigionamenti dei vaccini sembra ignorare i segnali che giungono dall'emisfero australe: un virus aggressivo, peraltro con un numero di casi già oltre la media degli ultimi cinque anni. In tempo di Covid la sua minore circolazione, grazie a mascherine e norme igieniche, ha ridotto le difese naturali anche dei più piccoli. Dobbiamo pensare all'inverno: possiamo programmare ed evitare di andare nuovamente in emergenza". Questo l'allarme lanciato da **Antonio D'Avino**, Presidente della Federazione Italiana Medici Pediatri, alla luce dei dati provenienti in queste ore da Australia e Argentina.

"Le vaccinazioni contro il Covid sono attualmente prioritarie - prosegue D'Avino - ma dobbiamo pensare al futuro. Rinnoviamo l'appello affinché la profilassi anti-influenzale universale sia considerata indispensabile per tutta l'Età Pediatrica. Cerchiamo di pensare in prospettiva, quando sarà nuovamente complesso, con una nuova possibile ondata di Covid-19, procedere con una diagnosi differenziale, soprattutto nel setting territoriale".

"Ricordiamo inoltre - afferma D'Avino - che, come rileva l'Istituto Superiore di Sanità, la frequenza con cui in Italia insorgono casi di influenza, in epoca pre-Covid, si aggirava mediamente intorno al 9% annuo della popolazione generale. Nella fascia d'età 0-14 anni, che è sempre stata quella più colpita, l'incidenza, mediamente, era pari a circa il 26% e tra le persone considerate ad alto rischio di complicanze, ci sono anche i bambini fra i 6

mesi e i 5 anni. L'aggravamento più comune è la sovrapposizione di un'infezione batterica a carico del sistema respiratorio (bronchite o polmonite), dell'apparato cardiovascolare (miocardite), del sistema nervoso e dell'orecchio (otite e sinusite). Secondo le stime dei ricercatori dell'Iss, ogni anno muoiono circa 8mila persone in Italia a causa delle complicanze dell'influenza stagionale (con punte di 12mila decessi in alcune annate)".

"Il nostro rapporto di fiducia con le famiglie - conclude D'Avino - ci consente di avviare sin da subito una

campagna di informazione sui rischi che corrono i bambini non sottoposti a vaccinazione. La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità ha raccomandato di far coincidere i Bilanci di Salute con le somministrazioni vaccinali. Noi siamo pronti. La prevenzione è nell'interesse delle famiglie, ma anche della sostenibilità dell'interno Servizio Sanitario Nazionale, già messo a dura prova dalla gestione del Covid-19. È un tema di Sanità Pubblica che non può restare inavaso. Serve, proprio adesso, un'azione incisiva e lungimirante da parte delle istituzioni".

Il primo caso in Italia

Nel frattempo il virus dell'influenza australiana è stato sequenziato ad agosto nel Laboratorio di Igiene del Policlinico San Martino diretto da **Giancarlo Icardi**. La presenza del virus è stata riscontrata su un ragazzo genovese di ritorno da una vacanza, arrivato al pronto soccorso dell'ospedale con febbre alta, mal di gola, tosse grassa, dolori ossei e malessere generale. Il tampone del ragazzo, vaccinato con tre dosi, è risultato negativo al Covid-19. Ricoverato, è stato così sottoposto a ulteriori approfondimenti, tra i quali un'analisi molecolare per la ricerca dei principali patogeni respiratori, che ha permesso di rilevare la presenza del ceppo H3N2, particolarmente diffuso in altre parti del mondo come, ad esempio, in Australia ed in tutto l'emisfero Sud, dove adesso è inverno. La sequenza genica del virus è stata successivamente inserita nell'apposito sito internazionale dove sono depositate tutte le sequenze identificate a livello mondiale come virus A/Genoa/2022.

"Il riscontro di virus influenzale, seppur sporadico, in un periodo estivo - spiega Icardi - indica l'utilità di una continua sorveglianza virologica e la necessità di considerare anche l'influenza nei percorsi diagnostici delle infezioni respiratorie acute, anche nell'epoca del Covid-19. Questo caso deve far riflettere sull'importanza per i soggetti a rischio di vaccinarsi ad iniziare da ottobre contro l'influenza con il vaccino aggiornato che conterrà il ceppo H3N2 antigenicamente simile al virus identificato a Genova".

"I casi sporadici estivi esistono da sempre - ha dichiarato all'Adnkronos **Fabrizio Pregliasco**, docente di Igiene all'università Statale di Milano - e indicano solo che il virus circola. E noi siamo ormai capaci di avere una sorveglianza molto efficace".

"La stagione influenzale australiana non è stata per niente bella: è stata molto intensa. Precisa Pregliasco - con più casi degli ultimi cinque anni. Ed è quello che possiamo attenderci anche nel nostro Paese in autunno-inverno".

Non siamo asini, ma muli con zavorre telematiche

La denigrazione dei Mmg non ha fine. Nella Gazzetta Ufficiale delle Linee Guida per l'attuazione del FSE c'è una pesante accusa verso i medici di famiglia di insipienza e scarse capacità informatiche e telematiche

Francesco Del Zotti - Direttore di Netaudit (www.netaudit.org)

Assistiamo ad una situazione paradossale in termini di telematica sanitaria: da una parte sulla Gazzetta Ufficiale inerente alle Linee Guida per l'attuazione del FSE si accusano i Mmg di scarse capacità informatiche-telematiche: *"i medici di medicina generale sono spesso poco abituati a lavorare con la tecnologia e hanno scarse competenze digitali"*, *"hanno limitate competenze digitali"*, *"utilizzano soluzioni di cartella clinica digitale, che, pur essendo collegate con Sistema TS per l'invio delle prescrizioni elettroniche, non sempre sono integrate con il FSE, limitando ciò la sua alimentazione e la consultazione dei documenti in esso presenti"* e adoperano in modo insufficiente *"software orientati alla gestione nativa del dato clinico"*.

D'altra parte leggo di recente che lo Smi-Lazio ha proclamato uno sciopero che ha una buona base telematica: *"Siamo pronti allo stato di agitazione ed a un nuovo sciopero anche per quanto riguarda il lavoro telematico, a partire dalla sospensione delle funzioni certificative per conto dei SISP e tutte quante le incombenze burocratiche connesse allo stato covid."*

Non possiamo restare inerti davanti a oneri e carichi di lavoro che la Regione Lazio in modo unilaterale ha imposto alla categoria medica creando un forte disagio e sofferenza ai medici laziali".

La possibilità concreta che i Mmg possano bloccare la sanità regionale, evitando le tante incombenze telematiche a cui sono costretti dalla Regione sconfessa platealmente la suddetta incapacità informatica.

► Un dialogo tra sordi

Ritengo che sulla Rete in Medicina vi è ormai un dialogo tra sordi. Le regioni e lo stato hanno basato tutto su un progetto barocco e frastagliato in 20 FSE che, ovviamente, non dà i frutti dopo 10 anni dal suo varo. Noi Mmg svolgiamo sempre più compiti telematici (spesso impropri per un medico) nella speranza che in alto capiscano la nostra "essenzialità" nel campo e abbiamo come contropartita torte in faccia.

Un aventino telematico sistematico (e non legato ad un solo sciopero) diventa un'opportunità per non farci schiacciare dalle catene telematiche in compiti impropri, e per riprendere energia alla ricerca di nostre soluzioni per migliorare

la comunicazione orizzontale tra cartella del Mmg, strumenti telefonici e informatici dei pazienti e strumenti informatici degli specialisti; una comunicazione che sia autonoma e che crei un arcipelago di isole telematiche strettamente professionali, e con solo stretti ponti levatoi per far passare solo alcuni dati verso il pubblico. Un esempio: oggi per il certificato INPS telematico, il Mmg è responsabile di tutto, anche delle varie informazioni strettamente amministrative dei pazienti, sia dei tanti certificati non effettuati dagli specialisti. Sarebbe più opportuno comunicare alcuni dati specifici della malattia al paziente e poi sta a lui - con i suoi mezzi telematici e con quelli forniti dalle Regioni/Stato - comunicare i dati del Mmg e amministrativi del certificato alla Asl. Ed analogo discorso potremmo farlo per i risultati dei tamponi, ecc.

Abbiamo bisogno sì della Rete, purché sia sicura e aumenti l'autonomia della triade Mmg-paz-specialista dai Moloch istituzionali centralizzati, recidendo buona parte delle catene pasticciate, pericolose e accentratrici che albergano nell'informatica regionale e statale.

Verso l'oblio della relazione fiduciaria e della capillarità degli ambulatori

Con l'avvento delle Case di Comunità probabilmente, dopo un certo periodo di transizione, il Mmg perderà la fisionomia di "medico di fiducia". Anche la fitta rete degli studi dei Mmg rischia un significativo ridimensionamento

Luciano Tarquini - Medico di medicina generale, Roma

Nell'incontro al Meeting di Rimini "Il cambiamento possibile" sulla riforma della medicina del territorio, di cui il Ministro Speranza va legittimamente orgoglioso, si è notata la preoccupante assenza di come sarà rivisto il rapporto tra Mmg e paziente, in particolare quale futuro avrà il "rapporto fiduciario" che è stato sinora il criterio fondante di questa relazione.

La decisione di utilizzare i fondi del Pnrr per estendere su tutto il territorio nazionale le "Case di Comunità", ha fatto improvvisamente apparire antiquato e inadeguato quel rapporto fiduciario in base al quale il paziente sceglie il proprio medico di fiducia e, in seguito a questa scelta, il medico si fa carico della salute del suo assistito. Probabilmente questa impostazione sarà ridimensionata e, dopo un certo periodo di transizione, il Mmg perderà la fisionomia di "medico di fiducia", mentre i pazienti saranno seguiti dal dottore di turno negli ambulatori o nelle CdC. Forse si dissiperà anche la fitta rete degli studi dei Mmg attualmente presenti sul territorio e ci sarà la necessità che i pazienti prenotino le loro visite presso le sedi Asl, con tempi presumibilmente non dissimili da quel-

li delle attuali visite specialistiche: non è difficile immaginare, tra un appuntamento e l'altro, cosa potrà succedere ai Pronto Soccorso ospedalieri.

Con queste prospettive si comprende bene perché il Governo che nascerà dovrà occuparsi, tra le altre cose, anche di chiarire come dovrà articolarsi il rapporto tra medico di medicina generale e i pazienti che dovrà seguire.

► Un paradosso

D'altra parte è assurdo immaginare, come sembra prospettare questa riforma, che il Mmg per metà giornata segua i propri pazienti nel proprio studio, con la segretaria, mezzi e costi a proprio carico, e nell'altra metà giornata vada nelle Aziende Sanitarie a svolgere mansioni che dirigenti e funzionari, per l'occorrenza assunti dalle regioni, inventeranno di volta in volta per loro.

Un chiarimento è evidentemente necessario.

Anche nella risposta che questa riforma offre alla principale richiesta che attualmente i cittadini fanno ai loro medici, cioè la reperibilità nella metà giornata precedente o successiva all'orario di apertura dello studio, sembra inadeguata. Si prevede di istituire infatti un numero

unico telefonico su base nazionale al quale ogni cittadino italiano potrà rivolgersi per ottenere informazioni sul proprio stato di salute. Tutto può essere utile, ma bisogna valutare quanti sanitari dovranno essere assunti e con quali costi perché questo compito possa essere svolto in modo efficace, oltretutto con la difficoltà di rispondere a pazienti di cui non si conoscono né la storia clinica né le terapie.

Sembra incomprensibile che non si sia considerata l'ovvia convenienza e la maggiore efficacia di chiedere ai Mmg la reperibilità per i propri pazienti, peraltro già svolta dalla stragrande maggioranza di essi, ma che dovrà essere in qualche modo normata nel prossimo contratto.

Quante telefonate si ricevono fuori dall'orario di studio che evitano inutili accessi al Pronto Soccorso, che correggono improvvise iniziative o che rassicurano i pazienti con ansie infondate! Per questo pensare che il lavoro dei medici di medicina generale si esaurisca nelle ore di studio comunica una ingiusta disistima di un capitale umano e di competenze direttamente a disposizione dei cittadini e mostra una profonda incomprensione del lavoro quotidianamente svolto.

I medici, la pubblicità e la perdita di decoro

Un tempo gli Ordini imponevano limiti rigidissimi alla pubblicità sanitaria. Oggi con l'avvento di Internet, e non solo, tutto è cambiato, la pubblicità è stata letteralmente sdoganata anche nel nostro settore con delle ripercussioni non certo positive per la professione

Antonio Enrico Maria Attanasio

Mmg in pensione, medico-chirurgo; Specialista in Ostetricia e Ginecologia; Consulente Tecnico Tribunale di Lecco

Quando, a fine anni Settanta, lasciai l'ospedale per tentare l'avventura della professione privata, si era ancora ai tempi in cui gli Ordini tentavano di preservare il decoro della Medicina imponendo limiti rigidissimi alla pubblicità sanitaria. Ai medici era consentito solo porre una targa fuori dalla porta dello studio, indicante il nome e il cognome, il titolo di "medico-chirurgo", le eventuali specializzazioni secondo la dizione ufficiale, gli orari di visita, e nient'altro. Ovviamente, per chi aveva lo studio nella piazza principale, con un po' di fantasia quella poteva essere considerata una specie di "pubblicità", ma per chi l'aveva in una via secondaria era solo un regalo fatto all'incisore. Sulla carta intestata poi le regole erano le stesse. Addirittura qualche pediatra venne richiamato dall'Ordine perché, invece di "specialista in pediatria", aveva scritto "specialista in malattie dei bambini". Io, in quanto ginecologo, fui obbligato a scrivere "specialista in ginecologia e ostetricia" e non, come avrei voluto, solo "specialista in ginecologia". In pratica non si poteva scrivere da nessuna parte né quello in cui ci si riteneva

particolarmente versati, né quello che non si era in grado di fare. Nel mio caso, ad esempio, per le mie precedenti esperienze universitarie, ero abbastanza a mio agio con i problemi ginecologici ormonali. Inoltre avevo acquisito una discreta esperienza di colposcopia (all'epoca una tecnica nuova) ed ero reduce da alcuni mesi di lavoro al Queen Charlotte's Hospital di Londra, dove avevo imparato a fare le ecografie ginecologiche (anche quelle ancora quasi sconosciute in Italia). Con qualche sacrificio mi ero anche comprato un colposcopio "made in Poland" e un ecografo americano. Ovviamente avrei voluto far sapere alle mie pazienti qual era il mio orientamento professionale, di quali strumenti disponevo, quali erano le problematiche che mi sentivo meglio in grado di affrontare, ma niente. Era vietato.

► Passano gli anni

Passano gli anni, e le cose cambiano. Colpa di Internet? No. Internet è solo il mezzo. La sostanza non cambia. La pubblicità per sua natura non può essere un segreto e, navigando in Internet, un presidente di Ordine può benissimo imbattersi

nella pubblicità di un suo iscritto, ritenendola disdicevole al decoro della professione, e sanzionare quel medico. Se non lo fa è perché ormai le regole che vigevano anni fa sono state abrogate. Oltre a tutto non c'è solo Internet. Molte riviste patinate, soprattutto, ma non solo quelle femminili, hanno inserti pubblicitari di vari specialisti. Ma c'è anche una pubblicità occulta, basta pensare al novanta per cento o più dei contenuti "salutistici" delle riviste che occhieggiano dalle edicole. E ci sono poi la radio e soprattutto la televisione, con spot pagati da medici intraprendenti (e imprenditori), rubriche affidate a medici, e poi tutti i salotti televisivi in cui difficilmente mancano i "professori". E gli Ordini, benevoli e benedicienti, stanno a guardare. Ma è possibile che il concetto di "decoro" di una professione cambi così radicalmente, sia pure nell'arco di alcuni decenni? Mi chiedo: se le vecchie regole era assurde ed esagerate, non sarà che l'attuale *laissez-faire* è responsabile non solo della perdita di dignità della professione, ma anche di quella furiosa e insipiente medicalizzazione della nostra società che sta portandoci sul ciglio del baratro?

Siamo un Paese di “fragili” mal assistiti

Secondo una recente indagine di Italia Longeva, un italiano over-60 su 5 è fragile e oltre 1 milione di anziani è affetto da fragilità severa. I più colpiti sono gli anziani con basso reddito e chi vive al Sud, ma non mancano le eccezioni. A ciò si aggiunge che i servizi di assistenza domiciliare e le RSA non sono proporzionati al numero di fragili in 3 Regioni su 4

I Covid, con l'alto tributo di vite tra gli anziani, ha portato alla ribalta il concetto di fragilità, una condizione tipica dell'invecchiamento caratterizzata da un'aumentata vulnerabilità ad eventi acuti e che si associa ad una mortalità fino a 5 volte più elevata. “Ma la fragilità, oggi tanto decantata, non è mai stata misurata, né tanto meno utilizzata per programmare servizi territoriali di *long-term care* adeguati alla complessità degli anziani. La pandemia ha fatto capire che il problema è lì e che dobbiamo sfruttare l'opportunità del Pnrr per ripensare un servizio sanitario orientato alla presa in carico delle persone fragili”, spiega **Roberto Bernabei**, presidente di Italia Longeva, l'Associazione nazionale per l'invecchiamento e la longevità attiva del Ministero della Salute.

► L'indagine

A confermare questa urgenza sono i dati dell'Indagine di Italia Longeva “*La mappa della fragilità in Italia: gradiente geografico e determinanti sociodemografici*” che, per la prima volta, ha misurato e mappato la fragilità tra la po-

polazione ultrasessantenne in Italia: più di 1 over-60 su 5 - quasi 4 milioni di persone - presenta una fragilità di grado moderato o severo che necessita di un monitoraggio e un'assistenza continui per evitare che precipiti portando con sé disabilità gravi, ospedalizzazioni e decessi. Un rischio fortemente correlato alla multimorbilità, con 13 milioni di over-60 (3 anziani su 4) che, stando all'indagine, sono affetti da cinque o più malattie croniche.

L'indagine, curata per Italia Longeva da **Davide Vetrano**, geriatra ed epidemiologo al Karolinska Institutet di Stoccolma, in collaborazione con la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (Simg), è stata presentata al Ministero della Salute nel corso della settima edizione degli “Stati Generali dell'assistenza a lungo termine - Long-Term Care SEVEN”, l'appuntamento annuale di Italia Longeva che riunisce gli attori che, ai vari livelli, si occupano di programmare e gestire l'assistenza agli anziani. Al centro del confronto, le sfide in atto per la riorganizzazione, l'integrazione e la digitalizzazione della rete dei servizi ter-

ritoriali, alla luce del Pnrr e del DM 77.

► **I farmaci equivalenti.** Tra i focus della due-giorni, si è discusso anche del ruolo dei farmaci equivalenti nell'ambito della *long-term care*, approfondito nell'Indagine sul “Processo di prescrizione dei farmaci equivalenti in Italia”. I risultati dell'indagine effettuata hanno permesso di evidenziare alcuni dati interessanti rispetto agli attuali processi di prescrizione del farmaco equivalente in alcune aree rappresentative del territorio nazionale. Tra gli aspetti da sottolineare è il fatto che attività di monitoraggio sulle prescrizioni da parte dei professionisti sanitari ed interventi educativi in materia di prescrizione farmacologica rivolti a medici e pazienti vengono fatte in modalità omogenee in tutte le realtà analizzate. Ambiti su cui potrebbe essere utile disegnare nuovi piani di intervento riguardano, in primo luogo, il monitoraggio dell'appropriatezza delle clausole di non sostituibilità e il relativo confronto con i medici prescrittori. In secondo luogo, l'implementazione di piani formativi dedicati ai farmacisti e un più

stretto monitoraggio delle ricette erogate dalle farmacie del territorio potrebbe favorire una nuova crescita del consumo del farmaco equivalente, che negli ultimi anni ha mostrato un andamento pressoché piatto.

► L'indice di fragilità

In uno degli studi, presentati durante l'evento, la fragilità è stata valutata attraverso un indice di fragilità altamente predittivo (basato sulla prevalenza di 25 deficit tra malattie croniche, aspetti funzionali e nutrizionali, selezionati da un algoritmo informatico validato) e facilmente implementabile nel database in uso ai medici di medicina generale, applicato su un campione di 440mila over-60 rappresentativi della popolazione italiana, riferito all'anno 2019.

Il 6,5% della popolazione over-60 (circa 1.200.000 persone) è affetto da fragilità severa, percentuale che varia a seconda delle aree del Paese, con in testa le regioni del Sud e Isole (8,2%), rispetto a quelle del Centro (6,2%) e del Nord (5,3%). La maglia nera per maggior numero relativo di anziani affetti da fragilità grave spetta alla provincia di Rieti (14,4%), seguita da Salerno (12%) e Trapani (11,9). Campania e Sicilia presentano ben 7 province tra le prime 10 con le percentuali più elevate di soggetti con fragilità severa. Di contro, le città che mostrano una minore concentrazione di anziani con fragilità grave, con valori fino a dieci volte inferiori, sono Asti (1,9%), Macerata (2,1%) e Bolzano (2,4%).

► Le variabili socio-economiche

A determinare il livello di fragilità della popolazione entrano in gio-

co anche variabili di tipo socio-demografico: la fragilità severa cresce all'aumentare dell'età, passando dallo 0,8% nella fascia 60-65 anni al 17,3% negli ultraottantenni, ed è maggiore nelle province con più bassi valori di reddito medio pro-capite (MEF, 2019). Non mancano, tuttavia, province con valori di reddito estremamente differenti ma con livelli di fragilità simile: è il caso di Foggia e Pavia che a fronte di un reddito medio pro-capite rispettivamente di 15mila e 22mila euro, registrano entrambe l'8% di over-60 con fragilità severa, ad indicare che le disuguaglianze socioeconomiche spiegano solamente parte del problema.

“Il lavoro nato dalla collaborazione tra geriatri e medici di medicina generale - aggiunge il professor Bernabei - ha concretizzato la fragilità in una misura fruibile e interpretabile, sia per i medici che per i decisori, per meglio declinare l'assistenza agli anziani. Riconoscere per tempo la fragilità, consente al medico di intervenire sul singolo paziente con una presa in carico personalizzata prima che la condizione precipiti ulteriormente. Ma non solo: sapere quali Regioni e Province d'Italia sono caratterizzate da una più alta prevalenza di fragilità e multimorbidità permette di destinare alla *long-term care* risorse, professionisti, strutture e servizi adeguati a rispondere puntualmente ai bisogni dei più vulnerabili”.

► Le offerte regionali

Partendo dal presupposto che la presenza di fragilità severa determina il bisogno di cure domiciliari o residenziali, l'indagine di

Italia Longeva ha analizzato anche il rapporto tra il tasso di fragilità, l'offerta regionale di posti letto nelle residenze socio-assistenziali (RSA) e i servizi di assistenza domiciliare (ADI). Il quadro che emerge è ancora una volta eterogeneo lungo la penisola: solo 5 regioni su 20 - Piemonte, Liguria, Veneto, Marche e Friuli Venezia Giulia - offrono servizi di ADI o RSA proporzionati al numero di anziani con fragilità severa residenti nella stessa regione.

D'altra parte, i dati del Ministero della Salute sull'offerta di assistenza domiciliare (ADI) e residenziale (RSA), censiti da Italia Longeva all'interno dell'Indagine, mostrano una situazione pressoché invariata rispetto all'anno precedente, sia per numero di assistiti che per giornate di presa in carico. Nel 2021, solo il 2,3% dei quasi 14 milioni di over-65 residenti in Italia ha beneficiato di cure residenziali e poco più del 2,9% del totale (400.000 anziani) ha ricevuto assistenza domiciliare, in molti casi limitata a prestazioni episodiche, a basso livello di intensità assistenziale e con estrema variabilità regionale.

“Il Pnrr è, per il Servizio Sanitario Nazionale, l'occasione per modernizzare la rete dell'assistenza territoriale ma è indispensabile una cabina di regia che 'governi' la fragilità. Non basta potenziare i servizi di ADI, è necessario collegarli con l'ospedale e con le nuove strutture previste dal Pnrr facendo sì che l'anziano venga preso in carico nel posto migliore a seconda del grado di complessità dei suoi bisogni”, conclude il presidente di Italia Longeva.

(A.S.)

C'era una volta in un Paese remoto una strana Convenzione

Vista l'attuale situazione professionale immagino, ironicamente, che in un Paese sconosciuto e oltre la barriera del tempo, si sia stipulata una Convenzione per Ortolani/Giardinieri di Libera Scelta. La fantasia viaggia...

Luigi Casadei - Medico di medicina generale, Riccione

Come Mmg distinguo, conosco e capisco cosa mi chiedono i miei interlocutori (cittadini o sistema sanitario regionale che siano). In sostanza fornisco ad entrambi prestazioni di cui tutti possono chiedermi conto in modo peculiare. Se si tratta dei miei assistiti, è facile che giudichino la mia disponibilità, il tempo che gli dedico, se risolvo i loro problemi di salute. E, detto in modo pateticamente ingenuo, se restano con me, posso supporre che in generale soddisfo i motivi basilari per confermarli come loro medico di fiducia. Col sistema sanitario regionale il discorso è più variegato e indefinibile. Allora per chiarirmi la natura di questo rapporto, immagino che in un Paese remoto abbiano scelto di stipulare la Convenzione con Ortolani e Giardinieri (piuttosto che con Medici e Pediatri). In questo caso (se fossi Ortolano) potrei aver ricevuto dai Funzionari pubblici un documento di questo tipo: "A maggio si seminano l'anguria, la barbabetola, le bietole da coste, e poi: cardi, cavoli, cavolfiori, fagiolini, lattuga, melanzane, meloni, peperoni, pomodori, prezzemolo, scarola, ecc. Ricordarsi di compilare le schede per i fiori estivi (scheda annuale + semestrale). Quest'anno l'obiettivo Aziendale prevede di trapiantare i Gerani, le Astilbe e mettere a di-

mora un Gelsomino entro il 31/05. I bulbi saranno oggetto di bonus, ma anche di controllo. "Arieggiare il prato" è una mansione che dovrai registrare alla voce "Monitoraggi". La Rucola, così come le piante aromatiche, sono soggette a valutazione, per via delle resistenze riscontrate soprattutto usando Salvia e Rosmarino. L'utilizzo di irrigazione e annaffiatura automatizzate con pompa protonica, danno luogo a un'indennità incentivata per obiettivo. Le ticchiolature delle rose, se trattate con sali di rame, devono essere rendicontate a fine anno e rientrano nella voce: "quota per fitopatologie croniche". la relazione su Talee e innesti va invece trasmessa ogni mese, entro il 10 del mese successivo alla loro effettuazione. A causa del clima siccitoso stiamo progressivamente abbandonando il riso a favore della patata. Ricordarsi il raggiungimento del punteggio ECA (educazione continua in Agraria). Il corso "Asparagi e Bambù: un unico fondamentale ruolo nell'ecosistema tradizionale" fornisce 12 Crediti. Registrare sul portale gru."

► Ma poi ...

Dopo la pubblicazione del DM 77/2022, sulla Gazzetta Ufficiale n.144 del 22 giugno 2022, si fa un salto nell'ignoto. Se fossi ancora quel

contadino del Paese remoto riceverei questa comunicazione: "Gentili Ortolani e Giardinieri, il Nuovo Assetto Agro Alimentare e Floreale entra in vigore oggi. Nascono i Casolari di Comunità hub e spoke e vengono definiti compiti e ambiti dei nuovi Distretti. Il coordinamento di tutte le attività spetta d'ora innanzi alle COT (Centrali Operative Territoriali) mentre si definiscono UCA le Unità di Continuità Agricola. Viene inoltre istituita la figura dell'Enologo di famiglia. In sintesi il Distretto è costituito da almeno 3300 lugeri di terreni fertili: possono sorgervi 10 Malghe, 15 Casali, 2 Frantoi. Nel prossimo decennio, infatti, 10.000 ulivi millenari saranno rimossi dal Salento e messi a dimora nelle nostre vallate. Ci sarà un trattore ogni 3.000 abitanti. Sarà anche incentivata la TeleAgricoltura. Ortolani, e Giardinieri di libera scelta, contadini e braccianti specializzati, casari, meteorologi e biologi saranno presenti 24 ore, 7 giorni su 7 nei Casolari di Comunità hub, ai quali si accederà da ingressi disposti perifericamente ai 4 punti cardinali. Tali porte sono denominate PUA (Punto Unico di Accesso Nord, Est, Sud, Ovest). Inoltre nel modello di Agricoltura di prossimità, i Silos dei servizi segneranno il luogo di primo contatto tra cittadino e SCS (Sistema Colturale Statale)". Più chiaro di così!

AGGIORNAMENTI



■ **ATEROSCLEROSI**

Nuovi farmaci per il controllo lipidico

■ **CARDIOLOGIA**

Il sonno diventa un nuovo indicatore di salute ideale

■ **EPATOLOGIA**

Le nuove linee guida per la steatosi epatica non alcolica

■ **LINEE GUIDA**

Prevenzione della morte cardiaca improvvisa: le linee guida ESC

■ **PREVENZIONE**

Drastica riduzione dell'idoneità alle statine

■ **TERAPIA**

L'efficacia dell'antipertensivo è svincolata dall'orario di assunzione

■ ATEROSCLEROSI

Nuovi farmaci per il controllo lipidico

■ Nicola Miglino

Si affinano le strategie nella lotta alle malattie cardiovascolari, con nuovi e promettenti farmaci all'orizzonte in grado di agire con efficacia su profili lipidici a rischio, garantendo, al contempo, modalità di somministrazione e sicurezza che promettono una maggiore aderenza alla terapia.

Il tema è stato tra quelli più dibattuti a Barcellona, nel corso del recente congresso della Società europea di cardiologia (Esc) che, insieme alla Società europea dell'aterosclerosi (Eas), si è fatta carico di una vera e propria missione contro il mancato raggiungimento dei target ottimali nei soggetti dislipidemici.

"Partiamo dai dati", sottolinea Stefano Carugo, Direttore dell'Uoc di Cardiologia all'Ospedale Policlinico di Milano. "Già prima del Covid, le malattie cardiovascolari rappresentavano la prima causa di disabilità e decessi. Con la pandemia, la situazione si è aggravata, perché molti pazienti si sono preoccupati più del contagio che di un colesterolo, una glicemia o una pressione arteriosa fuori controllo. Ora, però, che la situazione va normalizzandosi, l'attenzione degli addetti ai lavori, come ha dimostrato il congresso Esc, va rivolgendosi a un aspetto cruciale che è quello del controllo del profilo lipidico, oggi molto lontano dai livelli ottimali se si pensa

che solo il 25 per cento dei pazienti dislipidemici è a target. In aiuto, stanno arrivando nuovi farmaci che sembrano garantire, per modalità di somministrazione e sicurezza, una maggiore aderenza terapeutica. In particolare, si segnalano l'acido bempedoico, l'inclisiran e l'icosapent etile". L'acido bempedoico è un farmaco ipolipemizzante che inibisce la biosintesi epatica di colesterolo due passaggi a monte dell'enzima Hmg-CoA reduttasi, bersaglio delle statine. Somministrato come profarmaco, viene convertito in forma attiva da un enzima presente solo nel fegato, non nei muscoli striati. "Lo considero una seria alternativa alle statine perché riduce il colesterolo senza gli effetti collaterali a livello muscolare quali crampi, mialgie, innalzamento delle Cpk. Sappiamo che, nel mondo reale, un paziente su tre in terapia con statine ne può soffrire, quando invece i trial ci dicono essere solo l'8%. Sarà disponibile in Italia, presumibilmente, entro fine anno, da solo o in associazione con ezetimibe".

Inclisiran è un mRNA sintetico a doppio filamento che viene assorbito selettivamente a livello epatico e attiva un complesso in grado di degradare l'Rna messaggero responsabile della sintesi della Pcsk9, aumentando così l'espressione del recettore c-Ldl sulla superficie degli epatociti e quindi

l'assorbimento di c-Ldl. Pertanto, pur avendo come target la proteina Pcsk9, differisce per meccanismo d'azione dagli anticorpi monoclonali, che inibiscono la proteina già espressa sulla superficie cellulare.

"È stato impropriamente definito il vaccino del colesterolo. Nulla di più sbagliato. Presenta il vantaggio di una puntura sottocute ogni sei mesi che consente un buon controllo delle Ldl migliorando tantissimo l'aderenza terapeutica. Si passa, quindi, da quattro punture all'anno con gli inibitori di Pcsk9 a due con inclisiran, quando già i primi stanno segnalando aderenze alla terapia intorno al 90%. Anche in questo caso, attendiamo la disponibilità tra fine anno e inizio 2023. Infine, l'icosapent etile, forma altamente purificata dell'estere etile dell'acido eicosapentaenoico, che riduce i livelli di trigliceridi e possiede allo stesso tempo proprietà antinfiammatorie e antiossidanti, oltre a caratteristiche antiaterogene".

C'era bisogno, dunque, di nuovi farmaci per il controllo del profilo lipidico? "Assolutamente sì", conclude Carugo. "Avremo armi in più per cercare di ridurre un problema drammatico come quello rappresentato dal raggiungimento del target nei pazienti dislipidemici, in prevenzione sia primaria che secondaria. Nei prossimi cinque anni si parlerà molto di queste strategie innovative. Ridurre il colesterolo non Hdl o i trigliceridi significa ridurre la placca e, di conseguenza, il rischio di infarto, ictus, insufficienza renale dovuta ad aterosclerosi, amputazione degli arti. Lotta al colesterolo vuol dire lotta alla malattia aterosclerotica che rimane oggi la prima causa di morte e disabilità in tutto il mondo".

■ CARDIOLOGIA

Il sonno diventa un nuovo indicatore di salute ideale

■ Elisabetta Torretta

La durata del sonno è ora considerata una componente essenziale per la salute ideale del cuore e del cervello. Il punteggio sulla salute cardiovascolare di Life's Essential 8-Updating and Enhancing the Construct on Cardiovascular Health dell'American Heart Association, che sostituisce Life's Simple 7, è stato pubblicato su *Circulation*.

Il sonno ha un impatto sulla salute generale e le persone che hanno schemi di sonno più sani gestiscono fattori di salute come peso, pressione arteriosa o rischio di diabete di tipo 2 in modo più efficace, ha affermato il presidente dell'American Heart Association Donald M. Lloyd-Jones. La salute del cervello in relazione alla salute cardiovascolare è stata definita dall'American Heart Association del 2017. È stato inoltre riconosciuto come una componente importante della salute cardiovascolare ottimale nella Dichiarazione scientifica dell'Associazione del gennaio 2021 sulla connessione mente-cuore-corpo. I risultati di entrambi i documenti sono incorporati in Life's Essential 8.

Dopo 12 anni e oltre 2.400 articoli scientifici sull'argomento, le nuove scoperte sulla salute del cuore e del cervello e sui modi per misura-

re la salute cardiovascolare hanno offerto l'opportunità di rivisitare ogni componente della salute in modo più dettagliato. Quattro dei fattori originali sono stati ridefiniti per coerenza con le nuove linee guida cliniche o compatibilità con nuovi strumenti di misurazione. Inoltre, il sistema di punteggio ora può essere applicato a chiunque abbia almeno 2 anni.

Gli 8 componenti essenziali della vita per una salute cardiovascolare ottimale sono divisi in due aree principali: comportamenti di salute e fattori di salute. I comportamenti salutari includono dieta, attività fisica, esposizione alla nicotina e sonno. I fattori di salute sono l'indice di massa corporea, i livelli di colesterolo, la glicemia e la pressione arteriosa.

► Life's Essential 8 include

1. Dieta (aggiornata): una nuova guida per valutare la qualità della dieta per adulti e bambini. A livello di popolazione, la valutazione dietetica si basa sull'assunzione giornaliera di elementi del modello alimentare DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension). Per gli individui, il modello alimentare mediterraneo per gli americani (MEPA) viene utilizzato per valutare e monitorare la salute cardiovascolare. Lo

screening MEPA non include il consumo di bevande zuccherate, quindi i medici sono incoraggiati a chiedere al momento della valutazione.

2. Attività fisica (nessuna modifica)

3. Esposizione alla nicotina (aggiornato): viene aggiunto l'uso di sistemi di erogazione della nicotina per via inalatoria, che includono sigarette elettroniche o dispositivi di svapo.

4. Durata del sonno (nuovo): la durata del sonno è associata alla salute cardiovascolare. Misurato dalle ore medie di sonno per notte, il livello ideale è di 7-9 ore al giorno per gli adulti. Gli intervalli di sonno giornalieri ideali per i bambini sono 10-16 ore ogni 24 ore per i bambini dai 5 anni in su; 9-12 ore dai 6 ai 12 anni; e 8-10 ore per le età 13-18 anni.

5. IMC (nessuna modifica).

6. Lipidi nel sangue (aggiornato): invece del colesterolo totale il valore preferito da monitorare è il colesterolo non Hdl. Questa variazione dipende dal fatto che il colesterolo non HDL può essere misurato senza preventivo digiuno (aumentando così la sua disponibilità in qualsiasi momento della giornata).

7. Glicemia (aggiornata): viene inclusa la valutazione dell'emoglobina A1c o dei livelli di glucosio nel sangue per le persone con o senza diabete di tipo 1 o di tipo 2 o prediabete.

8. Pressione arteriosa (nessuna modifica).

BIBLIOGRAFIA

- Life's Essential 8: Updating and Enhancing the American Heart Association's Construct of Cardiovascular Health: A Presidential Advisory From the American Heart Association, *Circulation* 2022. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001078.

■ EPATOLOGIA

Le nuove linee guida per la steatosi epatica non alcolica

La prevalenza della NAFLD (Non Alcoholic Fatty Liver Disease, Steatosi epatica non alcolica) è in aumento in tutto il mondo. Questa situazione ha indotto le tre società scientifiche competenti sul tema a redigere delle nuove linee guida per la gestione dei pazienti. Da qui è nata la collaborazione tra AISF - Associazione Italiana per lo Studio del Fegato, SID - Società Italiana di Diabetologia e SIO - Società Italiana dell'Obesità, esposta nel webinar "Steatosi epatica non alcolica 2021: linee guida per la pratica clinica di AISF, SID e SIO".

Le linee guida sono state pubblicate sulle rispettive riviste delle tre società scientifiche e fanno parte delle Linee guida accettate e disponibili sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità, attribuendo ad esse quindi anche una valenza medico-legale rilevante.

"La collaborazione tra diversi specialisti è un primo elemento volto a mettere in luce la dimensione multidisciplinare della malattia - sottolinea il Prof. **Salvatore Petta**, Professore Associato di Gastroenterologia presso l'Università di Palermo - Anzitutto, le linee guida si occupano della componente diagnostica, fondamentale per individuare i pazienti a maggior rischio. Abbiamo così definito degli algoritmi di tria-

ge diagnostici che permettono di identificare i pazienti a rischio di danno epatico da mandare dallo specialista. Ci siamo soffermati anche sulla terapia: l'approccio più efficace, ma difficile da implementare, consiste nella correzione dello stile di vita, visto che il 7-10% di calo ponderale è in grado di portare una regressione del danno epatico. La NAFLD, infatti, è causata da alterazioni metaboliche: l'obesità, il diabete, un cattivo stile di vita in termini di sedentarietà, una dieta povera in termini di acidi grassi polinsaturi, in fibre, in vitamine e ricca in acidi grassi saturi, carni processate, fruttosio industriale usato per soft drink e salse. Intervenire, già preventivamente, su questi aspetti porterebbe sicuro beneficio alla salute del fegato".

► **L'importanza di una diagnosi precoce e le nuove terapie**

La malattia da fegato grasso può anche rimanere a lungo latente. Chi ne è consapevole spesso è perché ha già un livello avanzato della malattia, mentre anche in coloro che hanno una cirrosi epatica non compensata il tasso di ritardo diagnostico è molto elevato. "Per identificare i soggetti senza sintomi abbiamo proposto alcuni algoritmi molto semplici con cui applicare dei punteggi sulla base dei valori di

transaminasi, età, piastrine - spiega il Prof. **Alessio Aghemo**, Segretario AISF - In base a questi parametri si può stabilire chi debba essere sottoposto a un controllo con fibroscan, chi a visita specialistica, chi possa proseguire con il controllo del Mmg. Nella casistica di due centri milanesi, Humanitas e San Giuseppe, abbiamo notato che un paziente su due ha valori inferiori al livello di rischio: è la dimostrazione della scarsa consapevolezza ancora presente sul territorio. Nei prossimi due anni avremo farmaci in grado di agire direttamente sul fegato grasso, quindi è importante individuare per tempo queste persone. Nel 2023-2024 avremo i dati finali della fase 3 di 8 farmaci. Tra le terapie oggi efficaci vi è la chirurgia bariatrica, ma non può essere adattata a qualunque soggetto. Una soluzione estrema è rappresentata dal trapianto di fegato, del quale la malattia da fegato grasso avanzata rappresenta una delle cause principali. Anche questo tema è stato affrontato nelle nuove linee guida". La steatosi epatica non alcolica è in rapida diffusione e rappresenta un allarme tra le malattie croniche di fegato. "La NAFLD interessa almeno un quarto della popolazione generale e più della metà dei soggetti obesi o diabetici - evidenzia il Prof. Petta - Provoca un incremento dei pazienti con cirrosi epatica e del rischio di relative complicanze in termini di salute pubblica se rapportata al suo ampio denominatore. Inoltre, la percentuale aumenta al 10-15% se si fa riferimento alla popolazione diabetica.

(EMT)

■ LINEE GUIDA

Prevenzione della morte cardiaca improvvisa: le linee guida ESC

■ Elisabetta Torretta

Nei Paesi occidentali il 75-80% delle morti cardiache improvvise è causato da una malattia coronarica cronica. Di conseguenza, molto può essere fatto - in termini di prevenzione - adottando stili di vita sani.

Il documento rappresenta un aggiornamento delle Linee guida ESC 2015 per la gestione dei pazienti con aritmie ventricolari (VA) e la prevenzione della morte cardiaca improvvisa (SCD). Nuove intuizioni sull'epidemiologia della SCD, nuove prove sulla genetica, l'imaging e i risultati clinici per la stratificazione del rischio per VA e SCD, unitamente ai progressi nella valutazione diagnostica e nelle strategie terapeutiche hanno reso necessaria questa revisione. Il comitato era composto da 25 membri tra cui 23 medici esperti, un metodologo e un rappresentante dei pazienti. Gli esperti sono stati selezionati per coprire tutte le aree di VA e SCD, nonché le sottospecialità della cardiologia con l'assistenza dei relativi gruppi di lavoro ESC. È stata condotta un'indagine sistematica della letteratura che ha portato all'incorporazione di 1155 riferimenti, di cui 485 selezionati a supporto delle raccomandazioni.

Le parti diagnostiche e gestionali

delle linee guida sono state adattate per facilitarne l'uso nel processo decisionale clinico quotidiano. La prima parte generale include nuove sezioni sulla valutazione diagnostica, compresi test farmacologici di provocazione, test genetici e un lavoro sistematico su probandi e parenti con disturbi della conduzione elettrica primari. Il documento fornisce flowchart complete e raccomandazioni per la valutazione diagnostica alla prima presentazione con un VA di pazienti senza una malattia cardiaca precedentemente nota per cinque scenari clinici frequenti. Vengono presentate raccomandazioni pratiche per l'ottimizzazione della programmazione del defibrillatore cardioverter impiantabile (ICD) e degli algoritmi per la gestione dei pazienti che soffrono di tachicardia a complessi larghi regolari e tempesta elettrica.

La seconda parte delle linee guida è strutturata in base alla gestione specifica della malattia, fornendo un collegamento al capitolo ESC CardioMed aggiornato con contenuti aggiuntivi. La stratificazione del rischio, la prevenzione della SCD, il trattamento della VA e la gestione dei membri della famiglia sono affrontati in modo sistematico. Vengono pre-

sentate le indicazioni per la risonanza magnetica cardiaca (CMR), i test genetici e le indicazioni aggiornate per l'ablazione con catetere delle aritmie ventricolari. Sono rese disponibili flowchart che riassumono il flusso di lavoro per la diagnostica e il trattamento. La codifica a colori delle flowchart riflette la classe di raccomandazione secondo questo documento e altre linee guida ESC.

Un altro nuovo concetto di questo documento è rappresentato dalla tabella delle evidenze. Le prove e gli studi che sono stati selezionati per supportare una raccomandazione sono sistematicamente descritti nella tabella, dopo un'attenta revisione dei dati disponibili e della metodologia applicata, dando priorità ai documenti pubblicati dopo il 2015. Raccomandazioni con livello di evidenza C che non sono accompagnate da un riferimento sono supportati dal gruppo di esperti. Per assistere i medici nella loro pratica clinica quotidiana, nelle procedure diagnostiche e terapeutiche di utilità promettente, tipicamente classificati come classe IIb, ma per le quali l'evidenza è limitata e difficile da raccogliere nel prossimo futuro, le relative raccomandazioni non sono solo descritte nelle narrazioni ma sono elencate nella tabella delle raccomandazioni.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF del documento integrale

■ PREVENZIONE

Drastica riduzione dell'idoneità alle statine

Secondo un nuovo studio, le nuove soglie di rischio per la prevenzione primaria della malattia cardiovascolare aterosclerotica con statine, definite dalle ultime linee guida europee, riducono drasticamente l'idoneità all'uso di statine nei paesi a basso rischio.

Gli autori sottolineano che le nuove soglie di rischio definite dalla Società europea di cardiologia (ESC) del 2021 riducono l'idoneità alle statine solo al 4% della popolazione target ed essenzialmente eliminano l'indicazione delle statine nelle donne.

"Sono in elaborazione linee guida per la prevenzione di malattie cardiovascolari, ma la soglia di rischio nel documento firmato ESC significa che, in molti paesi, quasi nessuno si qualifica per il trattamento, il che non porterà quasi a nessuna prevenzione delle future malattie cardiovascolari in quei paesi". Così si è espresso **Martin Bødtker Mortensen**, dell'Aarhus University Hospital, Danimarca. "Sosteniamo che le soglie di rischio devono essere abbassate per far sì che l'idoneità delle statine nei Paesi europei sia in linea con le soglie nel Regno Unito e negli Stati Uniti, che si basano su studi randomizzati controllati", ha aggiunto.

Per lo studio, Mortensen e colleghi hanno deciso di confrontare le

prestazioni cliniche delle nuove linee guida di prevenzione europee con l'American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA), United Kingdom National Institute for Health and Care Excellence (NICE), e le linee guida europee del 2019 in una coorte europea contemporanea di 66.909 individui apparentemente sani del Copenhagen General Population Study. Durante il follow-up a 9 anni è stato osservato un range di 2962-4277 eventi cardiovascolari non fatali e fatali. I risultati hanno mostrato che le raccomandazioni specifiche per età aggiornate hanno ridotto drasticamente l'idoneità per una raccomandazione di classe I per la terapia con statine solo al 4% degli individui di età compresa tra 40 e 69 anni, e meno dell'1% delle donne. Ciò è in netto contrasto con le precedenti linee guida europee del 2019 e con le attuali linee guida UK-NICE e US-ACC/AHA che forniscono raccomandazioni di classe I/forti rispettivamente al 20%, 26% e 34% degli individui, con migliori prestazioni negli uomini e nelle donne. Mortensen ha spiegato che il modello di rischio SCORE originale utilizzato nelle linee guida ESC era problematico in quanto prevedeva solo il rischio a 10 anni di eventi cardiovascolari

aterosclerotici fatali, mentre quelli degli Stati Uniti e del Regno Unito utilizzavano eventi cardiovascolari sia fatali che non fatali. "Ora l'ESC ha aggiornato il suo modello e quello nuovo è migliore in quanto include eventi fatali e non, e il rischio previsto è ben correlato al rischio effettivo. Tuttavia, le nuove soglie per il trattamento con statine sono troppo alte per i paesi europei a basso rischio perché pochissimi individui ora si qualificano per la terapia con statine", ha affermato. "Il problema è che se utilizziamo queste linee guida, Ci saranno molte persone ad alto rischio di malattie cardiovascolari ma non identificate come candidate all'uso di una statina", ha commentato Mortensen.

Mortensen ha spiegato che il problema deriva dall'aver quattro diversi modelli di punteggio di rischio in Europa per aree a rischio diverso. "In generale, i paesi dell'Europa orientale hanno un rischio più elevato rispetto ai paesi dell'Europa occidentale, quindi queste linee guida possono funzionare bene nei paesi dell'Europa orientale, ma nei paesi dell'Europa occidentale a basso rischio, dove viene utilizzato il modello di punteggio a basso rischio, pochissime persone si qualificano per la terapia con statine", ha detto.

(EMT)

BIBLIOGRAFIA

- Mortensen MB, et al Statin Eligibility for Primary Prevention of Cardiovascular Disease According to 2021 European Prevention Guidelines Compared With Other International Guidelines. *JAMA Cardiol* 2022. doi:10.1001/jamacardio.2022.1876

■ **TERAPIA**

L'efficacia dell'antipertensivo è svincolata dall'orario di assunzione

■ **Elisabetta Torretta**

Assumere la terapia antipertensiva al mattino o alla sera sembra proprio che non ne alteri l'efficacia. In precedenza alcuni studi avevano suggerito che i benefici cardiovascolari della terapia antipertensiva fossero maggiori se si dava modo ai farmaci di agire sulla pressione notturna. Questi risultati sono stati però messi in discussione da uno studio condotto nel 2021, disegnato per valutare l'effetto del trattamento antipertensivo notturno sul rischio di malattie cardiovascolari maggiori e sulla mortalità; sono stati sistematicamente riesaminati studi randomizzati controllati che hanno confrontato il dosaggio notturno con quello mattutino. Sono stati rilevati due studi rilevanti per la questione clinica, gli studi MAPEC e Hygia. Entrambi i trial hanno riportato una riduzione del 50% circa degli eventi cardiovascolari maggiori e della mortalità per tutte le cause con la somministrazione notturna e una riduzione del 60% della mortalità cardiovascolare. Tuttavia viene sottolineato come sia in corso una discussione sulla validità e sulla metodologia degli studi MAPEC e Hygia, e questo comporta che l'interpretazione dei risultati dovrebbe essere prudente. Le domande a cui resta da rispondere riguardano la

generalizzabilità dei risultati tra diverse popolazioni a diversi livelli di rischio correlato alla pressione arteriosa e l'importanza della tempistica mattutina rispetto a quella serale dei farmaci sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari.

Si inserisce in questa discussione, smentendone la validità assoluta, lo studio TIME, condotto per fornire prove solide sul tempismo ottimale di dosaggio antipertensivo, presentato in una sessione Hotline del congresso Esc di Barcellona. Per lo studio sono stati reclutati 21.104 adulti che assumevano almeno un farmaco antipertensivo, randomizzati 1:1 ad assumere i loro soliti farmaci antipertensivi al mattino o alla sera. L'età media dei partecipanti era di 65 anni, il 58% erano uomini e il 98% erano bianchi.

Non è stata riscontrata alcuna differenza nell'endpoint primario con la somministrazione serale rispetto a quella mattutina. L'endpoint primario composito dell'ospedalizzazione per infarto miocardico non fatale, ictus non fatale o morte vascolare si è verificato nel 3.4% dei partecipanti al gruppo con somministrazione serale (0.69 eventi per 100 anni-paziente) e nel 3.7% nel gruppo con somministrazione mattutina (0.72 eventi per 100 anni-paziente), fornendo un rapporto di rischio non

aggiustato di 0.95 ($p=0.53$). I risultati non variavano nelle analisi di sottogruppi prespecificati.

Il Professor Thomas MacDonald (professore di Farmacologia clinica e Farmacoepidemiologia presso l'Università di Dundee, UK), che ha presentato i dati, riassume lo studio e i suoi risultati affermando che "TIME è stato uno dei più grandi studi cardiovascolari mai condotti e fornisce una risposta definitiva alla domanda se i farmaci per abbassare la pressione arteriosa debbano essere assunti al mattino o alla sera. Lo studio ha chiaramente rilevato che infarto, ictus e morte vascolare si sono verificati in misura simile indipendentemente dal momento della somministrazione. Le persone con pressione alta dovrebbero assumere i loro normali farmaci antipertensivi in un momento della giornata che sia loro conveniente e riduca al minimo gli effetti indesiderati".

Lo studio ha infatti dimostrato che la somministrazione serale non era dannosa in termini di cadute o altri effetti avversi. L'assunzione del farmaco di notte potrebbe comportare un aumento dell'ipotensione notturna che potrebbe tradursi in più vertigini e cadute se i pazienti si alzano per usare il bagno durante la notte. Tuttavia, sottolinea MacDonald, sono state registrate più vertigini durante il giorno mentre il tasso di fratture e ricoveri si sono allineati in entrambi i gruppi.

- *Hermida RC, et al. Eur Heart J. 2020; 41: 4565-4576.*
- *Ho CLB, et al. J Hum Hypertens. 2021; 35: 308-314.*

Malattia da Covid-19 e disturbi neurologici

Potenziati meccanismi biopatologici ed evoluzione clinica

Dalla sua scoperta a Wuhan, in Cina, alla fine del 2019, la malattia da Covid-19 ha provocato milioni di morti ed una pressione senza precedenti sui sistemi sociali, economici e sanitari in tutto il mondo. La malattia è associata anche a disturbi sia acuti che cronici che colpiscono il sistema nervoso

a cura di: **Pasquale De Luca**¹

con la collaborazione di: **Antonio De Luca**¹, **Marco Sperandeo**², **Giovanni Basile**³,
Vito Sollazzo¹, **Paride Morlino**¹, **Mario Benvenuto**⁴, **Angelo Benvenuto**¹

► Premesse

I disturbi neurologici acuti che colpiscono i pazienti con Covid-19 variano ampiamente da anosmia, ic-tus, encefalopatia/encefalite e convulsioni alla sindrome di Guillain-Barré. Le sequele neurologiche croniche sono meno ben definite sebbene siano comunemente segnalati intolleranza all'esercizio, disautonomia, dolore, nonché disfunzioni neurocognitive e psichiatriche. Le analisi molecolari del liquido cerebrospinale e gli studi neuropatologici evidenziano alterazioni vascolari e immunologiche. Bassi livelli di RNA virale sono stati rilevati nel cervello di pochi individui gravemente malati. I potenziali

meccanismi patogeni nella fase acuta includono coagulopatie con danno cerebrale ipossico-ischemico associato, anomalie della barriera ematoencefalica con endotelio-patia e possibilmente neuroinvasione virale accompagnata da risposte neuroimmuni. Gli strumenti diagnostici consolidati sono limitati dalla mancanza di sindromi neurologiche specifiche Covid-19 chiaramente definite. Gli interventi futuri richiederanno la definizione di sindromi neurologiche specifiche, lo sviluppo di algoritmi diagnostici e la scoperta dei meccanismi patologici sottostanti che guideranno terapie efficaci.

► Stato dell'arte

Diverse ricerche suggeriscono che SARS-CoV-2, il virus che causa Covid-19, può infettare i neuroni e interrompere la segnalazione cerebrale per mesi dopo l'infezione. Studiando le scimmie rhesus, i ricercatori del California National Primate Research Center hanno trovato prove di infezione nei neuroni del cervello. Dopo aver infettato le

scimmie con il virus SARS-CoV-2, il team ha esaminato i loro cervelli sette giorni dopo l'infezione, colorando il tessuto cerebrale con molecole fluorescenti che contrassegnavano le proteine virali e il materiale genetico. Hanno trovato il virus nel tubercolo olfattivo, una regione della corteccia che riceve segnali dai bulbi olfattivi. Più sorprendentemente, hanno anche trovato proteine virali nella corteccia entorinale, una fascia di tessuto coinvolta nella memoria, nella navigazione e nella percezione del tempo. Un team separato di ricercatori ha scoperto che il virus può anche infettare i nervi al di fuori del cervello. Jonathan Joyce e collaboratori della Virginia Tech hanno infettato i topi con il virus. Tre e sei giorni dopo, hanno individuato il virus in strutture chiamate gangli, raccolte di corpi cellulari neuronali che trasmettono informazioni da e verso il sistema nervoso. Come il virus entri in questi neuroni è una questione aperta.

Uno studio di Ashutosh Kumar e colleghi dell'All India Institute of

¹ Dipartimento Internistico Multidisciplinare - Ospedale "T. Masselli-Mascia", San Severo ASL FG

² Dipartimento di Scienze Mediche - IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", S. Giovanni Rotondo (FG)

³ Dipartimento di Neuroscienze - AOU Policlinico "Ospedali Riuniti", Foggia

⁴ SC di Genetica Medica - IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" S. Giovanni Rotondo (FG) e Dipartimento degli Studi Umanistici - Università di Foggia

Medical Sciences potrebbe offrire alcuni indizi. Il suo team è stato ispirato dal lavoro di altri ricercatori, che ha identificato un punto di ingresso alternativo per l'ingresso del virus nelle cellule: il recettore della neuropilina 1 e un enzima chiamato furina. Analizzando i database dell'espressione genica e proteica nel cervello umano, hanno scoperto che queste proteine erano ampiamente espresse in tutto il cervello. Al contrario, il recettore ACE2, la proteina che garantisce l'ingresso del virus nelle cellule polmonari, era appena rilevabile.

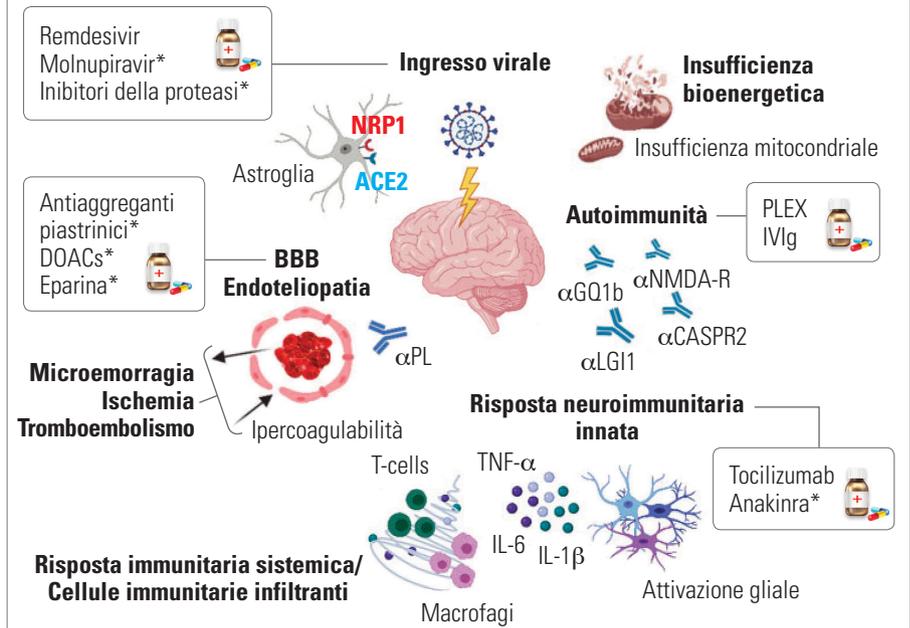
Non si sa per quanto tempo il virus potrebbe rimanere nel cervello e nel sistema nervoso. Ma le esperienze delle persone con "Covid lungo" - che riferiscono dolore, vuoti di memoria, affaticamento e nebbia del cervello - suggeriscono che gli effetti possono persistere per mesi. Uno studio sui modelli di attività cerebrale lo conferma. I ricercatori del Rotman Research Institute di Toronto hanno scoperto che il Covid-19 diminuisce le capacità cerebrali per almeno sette mesi dopo l'infezione.

Quando la perdita dell'olfatto è stata segnalata per la prima volta come sintomo di Covid-19, ha suggerito che il virus potesse attaccare il sistema nervoso. Ma se il virus abbia invaso i neuroni o li abbia colpiti attraverso una via meno diretta, come l'infiammazione sistemica o il danno alle cellule di supporto, è stato oggetto di dibattito.

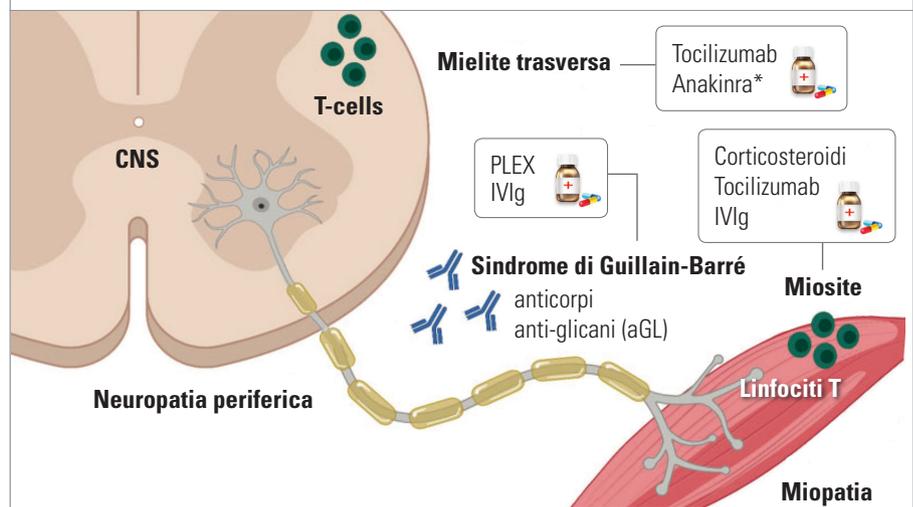
Molti pazienti con infezione acuta hanno sintomi neurologici invalidanti, che possono avere un carattere socioeconomico e conseguenze personali. È quindi imperativo che ci sia una comprensione completa dell'evoluzione clinica e dei meccanismi fisiopatologici sottostanti (figura 1), consen-

FIGURA 1

Potenziali meccanismi della malattia neurologica acuta in Covid-19



Molteplici processi patogeni provocano lesioni al cervello durante Covid-19 comprese le anomalie vascolari con conseguente tromboembolismo, microemorragia ed endotelopatia con anticorpi antifosfolipidi associati (aPL) e rottura della barriera emato-encefalica (BBB) che portano a insufficienza bioenergetica, autoanticorpi (ad es. aGQ1b, a-NMDA-R, a-CASPR2 e aLG12) che prendono di mira una serie di antigeni neurali e neuroinvasione con infezione di neuroni e astrociti tramite ACE2 nonché infiammazione sistemica associata e risposte neuroimmuni innate (produzione e rilascio di specie di citochine, chemochine, proteasi e ossigeno reattive da parte della microglia e astrociti). Gli interventi terapeutici che sono stati segnalati o proposti sono indicati con un asterisco.



Nel SNP e nel midollo spinale, GBS associati ad anticorpi anti-glicani (aGL), mielite trasversa mediata dai linfociti T e miopatia sono stati segnalati in pazienti con Covid-19 che possono rispondere a diverse terapie. PLEX = plasmateresi.

tendo un rapido e mirato intervento terapeutico.

Dato l'impatto crescente dell'infezione da SARS-CoV-2 a livello globale insieme con il crescente riconoscimento di disturbi neurologici associati, è imperativo definire i tipi di Covid-19 correlati alla sindrome neurologica, comprese le forme causate direttamente da un'infezione virale rispetto a quelle derivanti da malattie sistemiche, l'impatto di diverse varianti virali sulla malattia neurologica, oltre a identificare strumenti diagnostici informativi e terapie efficaci.

Le sequele neurologiche a lungo termine di Covid-19 rimangono poco chiare e attendono la delineazione in studi longitudinali più approfonditi.

► Conclusioni

Tutti gli studi sinora condotti hanno confermato che Covid-19 ha una certa relazione con i sintomi neurologici. L'iposmia, l'anosmia o la disfunzione olfattiva sono i sintomi più frequenti. Altri sintomi comprendono mal di testa o vertigini, disgeusia o ageusia, disfonia, affaticamento, malattie cerebrovascolari, delirio e disturbi del sonno o sonnolenza.

Altri sintomi meno frequenti includono depressione, ansia e confusione, disfunzione uditiva e intorpidimento o parestesia. Inoltre, la conoscenza dei disturbi mentali nei pazienti Covid-19 di età e regioni diverse è un passo avanti verso una migliore conoscenza della progressione della malattia Covid-19 e del trattamento dei pazienti. Il sistema nervoso è il sistema di regolazione e controllo dominante nel corpo. I percorsi neuronali vengono monitorati e difesi in modo rapido e preciso e le conseguenze della loro interruzione, danno o col-

lasso sono insidiose e gravi.

I meccanismi fisiopatologici dei virus neuroinvasivi sono ancora incompleti e devono essere ulteriormente studiati. In particolare, resta da scoprire e riassumere l'intera gamma clinica dei sintomi neurolo-

gici nei pazienti con Covid-19. Pertanto, la comprensione dei meccanismi neurologici della polmonite da neocoronavirus migliorerà notevolmente il trattamento clinico e aiuterà a ridurre sempre più la diffusione della malattia.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Abiodun O, Ola M. Role of brain renin angiotensin system in neurodegeneration: an update. *Saudi J. Biol. Sci* 2020; 27: 905-912.
- Al-Obaidi M, Bahadoran A. et al. Disruption of the blood brain barrier is vital property of neurotropic viral infection of the central nervous system. *Acta Virol* 2018; 62: 16-27.
- Beghi E, Giussani G, Westenberg E et al. Acute and post-acute neurological manifestations of Covid-19: present findings, critical appraisal, and future directions. *J Neurol* 2022; 269: 2265-2274.
- Bridwell R, Long B et al. Neurologic complications of Covid-19. *Am J Emerg Med* 2020; 38: 1549.
- Desforges M, Le Coupanec A et al. Human coronaviruses and other respiratory viruses: underestimated opportunistic pathogens of the central nervous system? *Viruses* 2020; 12: 1-28.
- Ellul M, Benjamin L et al. Neurological associations of Covid-19. *Lancet Neurol* 2020; 19: 767-783.
- Liguori C, Pierantozzi M et al. Subjective neurological symptoms frequently occur in patients with SARS-CoV2 infection. *Brain Behav Immun* 2020; 88: 11-16.
- Nepal G, Rehrig JH et al. Neurological manifestations of Covid-19: a systematic review. *Crit. Care* 2020; 24: 1-11.
- Toscano G, Palmerini F et al. Guillain-Barré syndrome associated with SARS-CoV-2. *N Engl J Med* 2020; 382: 2574-2576.
- Tsigoulis G, Palaiodimou L et al. Neurological manifestations and implications of Covid-19 pandemic. *Ther Adv Neurol Disord* 2020; 13: 1-14.
- Wiersinga WJ, Rhodes A et al. Pathophysiology, transmission, diagnosis, and treatment of coronavirus disease 2019 (Covid-19): a review. *J Am Med Assoc* 2020; 324: 782-793.
- Yachou Y, El Idrissi A et al. Neuroinvasion, neurotropic, and neuroinflammatory events of SARS-CoV-2: understanding the neurological manifestations in Covid-19 patients. *Neurol Sci* 2020; 41: 1-3.
- Zhao H, Shen D et al. Guillain-Barré syndrome associated with SARS-CoV-2 infection: causality or coincidence? *Lancet Neurol* 2020; 19: 383-384.
- Zubair AS, McAlpine LS et al. Neuropathogenesis and neurologic manifestations of the coronaviruses in the age of coronavirus disease 2019: a review. *JAMA Neurol* 2020; 77: 1018-1027.

Malnutrizione nel paziente oncologico

Riconoscimento precoce e pronto intervento

Il 40-80% dei casi presenta qualche disturbo nutrizionale: scarso appetito, ridotto introito calorico, perdita di peso. Il 30% è malnutrito al momento della diagnosi e il 20% si ritiene che muoia per malnutrizione piuttosto che per gli effetti diretti della neoplasia. Il medico di Medicina generale figura chiave per un supporto agli specialisti nell'individuare soggetti a rischio e chiedere una consulenza nutrizionale

Nicola Miglino

La malnutrizione, riscontrata nel 30% circa dei casi già alla diagnosi, è un'emergenza nell'emergenza oncologica che, secondo studi internazionali, impedisce al 20% circa dei pazienti di superare la malattia in ragione delle gravi conseguenze che essa ha sul regolare percorso terapeutico.

Da qui il richiamo degli specialisti verso tutti gli operatori sanitari, a partire dai medici di Medicina generale, a guardare con occhio attento allo stato nutrizionale del proprio assistito durante il suo percorso di cura e, nel caso, a indirizzarlo verso una consulenza con esperti di nutrizione clinica.

Ne abbiamo parlato con **Riccardo Caccialanza**, direttore Uoc di Dietetica e Nutrizione clinica all'Irccs Policlinico San Matteo di Pavia, prima firma di un documento di aggiornamento sulle raccomandazioni nutrizionali per il paziente oncologico pubblicato di recente sul *Journal of cancer* dal Gruppo di lavoro intersocietario italiano che vede riuniti Aiom (Associazione italiana oncologia medica), Sinpe (Società italiana nutrizione artificiale e metabolismo), Favo (Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia), Sico (Società italiana di chirurgia oncologica), Asand (Associazione scientifica alimentazione, nutrizione e dietetica) e Fnopi (Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche).

? Dr. Caccialanza, quali sono i rischi di un'alimentazione non adeguata in corso di malattia tumorale?

Nella maggior parte dei casi, ricevere nutrienti in modo inappropriato o insufficiente si rivela un fattore di rischio ormai appurato per quanto riguarda il prolungamento della permanenza in ospedale dopo gli interventi chirurgici, l'aumento delle complicanze postoperatorie, l'incremento del rischio di sviluppare tossicità durante i trattamenti, la conseguente necessità di interromperli o ridurre l'intensità con potenziale riduzione dei tassi di risposta, l'aumento della mortalità e il peggioramento dello stato funzionale e della qualità di vita.

? Il calo ponderale non va considerato una conseguenza "normale" in corso di malattia oncologica?

Assolutamente no. Non è più così. È cambiato l'approccio alla progressiva perdita di peso del paziente oncologico. Si tratta di un aspetto che si dava per scontato



Riccardo Caccialanza
Direttore Uoc di Dietetica
e Nutrizione clinica all'Irccs
Policlinico San Matteo di Pavia

Test per l'identificazione dei pazienti oncologici a rischio di malnutrizione*(Adattati da ESPEN guidelines for Nutrition Screening 2002, J.Kondrup, Clin Nutr 2003; 22, 4: 415-421)*

Cognome e Nome Data di Nascita / /

Recapito Telefonico Data di valutazione / /

Screening preliminare		SI	NO
1	Il BMI (Kg/m ²) è < 20?		
2	Il Paziente ha perso peso negli ultimi 3 mesi?		
3	Il Paziente ha ridotto l'alimentazione?		
4	Il paziente è molto grave?		

Se una risposta è "Si" passare allo screening completo

Screening Completo**A. Alterazione dello stato nutrizionale**

Punteggio	Stato nutrizionale		Alimentazione nell'ultima settimana
0	Normale • Perdita di peso < 5% del peso corporeo negli ultimi 3 mesi e BMI ≥ 20	e	Invariata o solo leggermente diminuita
1	Lieve • Perdita di peso ≥ 5% del peso corporeo negli ultimi 3 mesi e BMI ≥ 20	o	Diminuita moderatamente
2	Moderata • Perdita di peso ≥ 5% del peso corporeo negli ultimi 3 mesi o BMI 18.5-19.9 in paziente debilitato	o	Diminuita sensibilmente
3	Grave • Perdita di peso ≥ 5% del peso corporeo nell'ultimo mese o ≥10% negli ultimi 3 mesi o BMI < 18.5 in paziente debilitato	o	Quasi nulla

B. Gravità e Malattia (fabbisogni aumentati)

Punteggio	Esempi di patologie
0	Normale • Patologie assente
1	Lieve • Paziente con patologia cronica (cirrosi, BPCO, dialisi, diabete, <i>Oncologici</i>) • Paziente con complicanze acute di grado moderato
2	Moderato • Chirurgia addominale maggiore, stroke, polmonite grave
3	Grave • Trauma cranico, Trapianto di midollo osseo

Valutazione finale:

A. Valutazione dello stato nutrizionale (0 -3)	
B. Gravità di malattia (0 - 3)	
Aggiungere 1 punto se età > 70 anni	
Punteggio Totale	

Indicazioni

Punteggio < 3 = rivalutare il paziente periodicamente

Punteggio ≥ 3 = paziente a rischio: inviare a consulenza nutrizionale

FIRMA Medico compilatore

.....

e che per questo motivo veniva assunto come secondario rispetto alla patologia. Se è vero che in molti casi non è possibile evitarlo completamente, è altrettanto vero che si può intervenire per prevenire o contenere il fenomeno. Gli sviluppi della ricerca, però, ci dicono tanto altro: per esempio, quanto sia importante ragionare in termini di massa muscolare e composizione corporea, fattori chiave per una più efficace risposta alle terapie.

? Quali suggerimenti possiamo dare per l'inquadramento diagnostico?

Per una prima valutazione, anche da arte del medico di Medicina generale, non c'è bisogno di test particolarmente approfonditi. Basta pesare la persona, chiederle se sta perdendo peso o se ha difficoltà a mangiare. Già questo sarebbe un aiuto nell'intercettare un bisogno e chiedere il supporto dello specialista in nutrizione, cui spetteranno esami più specifici sulla composizione corporea.

? Quali sono le carenze nutrizionali più importanti e quali interventi suggerire?

Le priorità riguardano soprattutto il garantire un adeguato apporto calorico-proteico e di liquidi attraverso un counseling nutrizionale che tenga conto sia delle condizioni del paziente in relazione, per esempio, sia agli effetti collaterali delle terapie, sia, ovviamente dei suoi gusti. Se gli interventi dietetici non si rivelano sufficienti, può essere preso in considerazione il ricorso a supplementi nutrizionali orali, afferenti alla categoria dei cosiddetti

alimenti a fini medici speciali e prescrivibili solo da personale medico: in alcune regioni possono essere forniti gratuitamente ai pazienti, in attesa che si riesca a inserirli nei livelli essenziali di assistenza.

L'impiego di prodotti a base di aminoacidi essenziali o leucina ad alte dosi hanno dimostrato la capacità di migliorare la sintesi proteica a livello muscolare, contrastando processi sarcopenici così come altri, a base di Omega-3, possono migliorare l'appetito e ridurre la perdita di peso. Infine, c'è la nutrizione artificiale, enterale se a livello intestinale tramite sonde o parenterale se per via venosa attraverso cateteri. Non va vista come uno strumento di fine vita ma è una terapia fondamentale e, quando necessario, da iniziare il più celermente possibile.

? Una delle novità di questi ultimi anni è la preparazione nutrizionale all'intervento chirurgico oncologico. Di che si tratta?

L'intervento chirurgico determina un trauma che produce infiammazione sistemica e l'esito e il recupero sono strettamente correlati allo stato nutrizionale del paziente, tanto che in questi ultimi anni sono stati elaborati protocolli che includono uno screening nutrizionale perioperatorio. L'immunonutrizione preoperatoria si è dimostrata in grado, per esempio, di modificare il microambiente tumorale in pazienti sottoposti a chirurgia dell'apparato gastroenterico, migliorando i risultati clinici nel medio-lungo termine, riducendo il periodo di degenza e i costi sanitari, con un

rapporto costi-benefici assolutamente vantaggioso.

? Quali sono, in conclusione, le criticità ancora da risolvere in quest'ambito?

Abbiamo poche strutture di nutrizione clinica in Italia e poco personale. Sono necessari investimenti a livello nazionale. Serve una rivoluzione. C'è troppa sproporzione tra necessità e risorse investite. Bisogna fare uno sforzo per non disperdere questo patrimonio scientifico e culturale che vede l'Italia seconda a nessun paese al mondo. Gli ultimi dati della Società europea di nutrizione clinica e metabolismo parlano di 170 miliardi di euro bruciati in Europa ogni anno per le complicanze dovute a malnutrizione nel paziente oncologico. L'approccio nutrizionale è divenuto fondamentale per migliorare tutti gli outcome clinici e quest'aspetto è emerso con chiarezza anche dalle recenti raccomandazioni che abbiamo pubblicato su *Journal of cancer* secondo le quali è necessario anticipare la presa in carico del paziente senza per questo medicalizzare o essere invasivi. L'obiettivo, conseguibile anche con una corretta campagna informativa, infatti, è mettere il malato nelle condizioni di auto monitorarsi e di gestire, quantomeno, le prime necessità.

BIBLIOGRAFIA

- Caccialanza et al. *Nutritional support in cancer patients: update of the Italian intersociety working group practical recommendations*, *Journal of cancer* 2022; 13 (9): 2.705-2.716.

Resistenza antimicrobica

Raccomandazioni per un piano d'attacco

Su iniziativa di Farindustria, una Task Force multidisciplinare ha messo a punto un documento che identifica le criticità in essere, proponendo azioni risolutive, a partire dal potenziamento dell'utilizzo di strumenti di diagnostica di primo livello nell'ambito delle cure primarie

Nicola Miglino

Il 2025 segnerà dieci anni dall'adozione del Global action plan dell'Oms contro la resistenza antimicrobica (Amr) e, nonostante i passi in avanti fatti fino a oggi, è ancora necessario avviare azioni concrete ed efficaci per debellare questo fenomeno.

Farindustria ha voluto promuovere la costituzione di una Task Force multidisciplinare per mettere a fattore comune competenze ed esperienze di esperti in materia, con l'obiettivo di fornire raccomandazioni su aspetti critici della lotta all'Amr. Alla Task Force hanno aderito rappresentanti della comunità medica e scientifica, del mondo accademico, delle associazioni civiche e di pazienti, dei farmacisti e dell'industria farmaceutica.

Dal confronto degli esperti è nato il

documento "**Raccomandazioni per una strategia efficace contro la resistenza antimicrobica. Dalla prevenzione vaccinale allo sviluppo e utilizzo dei nuovi antibiotici**", strutturato in tre capitoli, che riguardano rispettivamente:

- il ruolo della prevenzione vaccinale come strumento di contrasto alla resistenza antimicrobica;
- il valore, l'accesso e l'innovazione dei nuovi antibiotici contro le resistenze batteriche;
- l'appropriatezza d'uso degli antibiotici.

► Ruolo dei vaccini

Per quanto riguarda i vaccini, se ne sottolinea l'utilità nel ridurre l'antimicrobico-resistenza attraverso diversi meccanismi:

- proteggendo direttamente l'individuo vaccinato che non contrarrà l'infezione batterica e quindi non dovrà usare l'antibiotico;
- riducendo le infezioni virali e limitando, così, le eventuali infezioni batteriche secondarie associate, e anche l'uso non appropriato degli antimicrobici;
- diminuendo la possibilità che la malattia si trasmetta nella popolazione non vaccinata: si riduce, così, la probabilità di trasmissione del

patogeno e, dato che nei pazienti in età pediatrica e/o geriatrica in particolare, l'infezione spesso porta all'ospedalizzazione, controllando l'infezione (sia virale che batterica) si riduce la circolazione batterica in ambiente ospedaliero, prevenendo la diffusione di batteri resistenti; **d.** proteggendo anche il microbiota dall'alterazione indotta dagli antibiotici ad ampio spettro e quindi dallo sviluppo di specie batteriche resistenti determinato dall'acquisizione di geni di resistenza da altri organismi presenti nel microbioma stesso.

Si raccomanda, tra l'altro, di completare velocemente l'anagrafe nazionale vaccini e di renderla accessibile su tutto il territorio nazionale. Di inserire, inoltre, tutte le vaccinazioni, anche quelle previste nel calendario del Piano nazionale prevenzione vaccinale (Pnpv), all'interno dei Pdta in maniera uniforme a livello nazionale per proteggere le persone affette da una o più patologie dai rischi di contrarre malattie infettive prevenibili con la vaccinazione. Di favorire, infine, la formazione degli operatori sanitari sul tema, con particolare riferimento ai meccanismi attraverso i quali i vaccini sono in grado di combattere la



diffusione dell'antibiotico-resistenza, promuovere la comunicazione ai cittadini per creare una cultura delle vaccinazioni, anche in una prospettiva di contrasto dell'antimicrobico-resistenza, per il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale previsti nel Pnpv.

► Nuovi antibiotici

La ricerca e l'identificazione di antibiotici innovativi segna il passo. La stessa industria farmaceutica evidenzia la permanenza di diverse barriere agli investimenti in quest'area terapeutica.

I governi nazionali, si sottolinea, hanno fatto pochi passi in avanti per favorire lo sviluppo di nuovi farmaci antimicrobici e, in particolare, di nuovi antibiotici. Anche la Commissione europea ha voluto richiamare l'attenzione sulla mancanza di misure capaci di attrarre grandi investimenti in quest'area.

In tale contesto, secondo gli esperti, pur mantenendo vive le azioni a sostegno della ricerca con investimenti pubblici e, auspicabilmente, implementandole grazie alle opportunità contenute nel Pnrr, è necessario creare un ambiente favorevole, in grado di attrarre quelli dell'industria farmaceutica e di altri investitori, specialmente per supportare economicamente le fasi più avanzate dello sviluppo clinico.

Per raggiungere questo obiettivo, alcuni Paesi hanno iniziato a sperimentare nuove metodologie di valutazione che analizzano anche aspetti diversi dal beneficio terapeutico per il paziente trattato, oppure schemi di rimborsabilità *ad hoc* quali il *subscription model* sperimentato nel Regno Unito. La maggior parte dei sistemi di *Health technology assessment*, infatti, oggi si concentra principalmente sulla valutazione dei benefici terapeutici

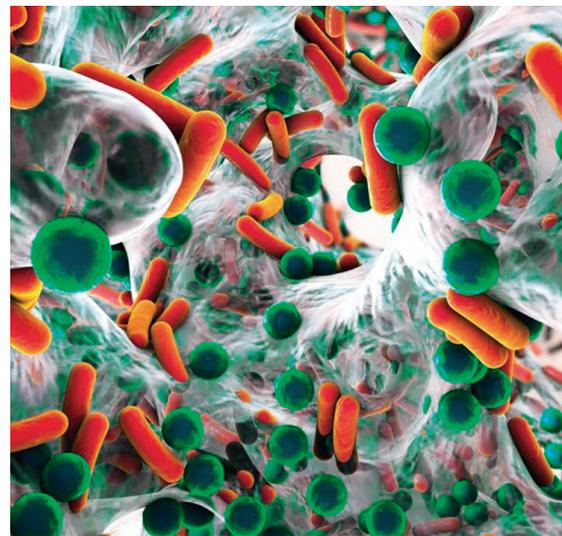
ed economici nella sola ottica del miglioramento della salute dei pazienti e dell'impatto in termini di costi diretti sanitari. Diverse organizzazioni, però, anche a livello internazionale hanno evidenziato la necessità di definire un criterio specifico per i nuovi antimicrobici contro i ceppi resistenti, che prenda in considerazione anche gli effetti sociali ed ecologici, ovvero l'impatto in termini di costi indiretti e previdenziali.

► Appropriattezza d'uso

È necessario aumentare gli investimenti nei programmi di sorveglianza antimicrobica andando a colmare le lacune ancora esistenti.

In particolare, nei casi di emergenza/urgenza per i quali è necessario ricorrere a un accesso tempestivo alla terapia antibiotica (per esempio, sepsi in terapia intensiva, infezioni gravi in ambito oncoematologico), non sempre si dispone immediatamente della consulenza infettivologica, oggi di esclusiva competenza dell'infettivologo o di un altro specialista, con specifiche competenze, identificato dal Comitato per le infezioni ospedaliere.

Inoltre, le schede Aifa relative ai nuovi antibiotici rappresentano un obiettivo impedimento all'utilizzo in emergenza di questi farmaci potenzialmente salvavita. Infatti, tali schede sono compilate in accordo con le indicazioni registrative che definiscono gli ambiti di utilizzo e la posologia e che si riferiscono prevalentemente a quadri sindromici (polmoniti, infezioni delle vie urinarie, infezioni addominali) e non eziologici, costringendo quindi l'infettivologo a un utilizzo off label quando prescrive empiricamente o su base eziologica documentata o presuntiva.



Infine, l'uso empirico da parte di altri specialisti in pazienti critici, con fattori di rischio, setting epidemiologico, colonizzazione, non è al momento previsto né consentito.

Sebbene la diagnostica molecolare rapida sia ritenuta fondamentale nel ridurre l'utilizzo inappropriato di antibiotici e di conseguenza nel controllo delle infezioni resistenti, oggi non si è raggiunta la piena integrazione tra approccio diagnostico e indicazione terapeutica.

Su questo fronte, è necessario potenziare l'utilizzo degli strumenti di diagnostica di primo livello (per esempio, tampone faringeo per Streptococco beta emolitico di gruppo A, dosaggio Pcr, strisce reattive per i test delle urine, otoscopia pneumatica) che, nell'ambito delle cure primarie, permetterebbe una maggiore precisione diagnostica e una conseguente maggiore appropriatezza prescrittiva.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il PDF con le raccomandazioni

Tra vecchie e nuove sfide la dermatologia si adatta, si evolve

Il 96° Congresso Sidemast è stato occasione per approfondire diversi temi di stringente attualità, dalle allergie ai farmaci biologici, dai progressi nella diagnosi e terapia dei tumori cutanei, al Covid, ai rischi delle più diffuse pratiche estetiche e dei nuovi allergeni

Livia Tonti

Le sempre diffuse malattie allergiche, ma anche i farmaci biologici e le loro attuali applicazioni nonchè i progressi diagnostici e terapeutici nei tumori cutanei sono stati al centro del 96esimo Congresso Nazionale SIDeMaST (Società Italiana di Dermatologia Medica, Chirurgica, Estetica e delle Malattie Sessualmente Trasmesse). Tra i numerosi argomenti trattati, anche le malattie cutanee in epoca Covid, i tatuaggi, la cosmesi ungueale e le allergie da contatto, con un'attenzione particolare a quelle emergenti.

► Dermatite atopica & Co

Le malattie allergiche sono troppo spesso non trattate o addirittura non diagnosticate, con un impatto pesantissimo non solo sulla qualità di vita dei pazienti ma anche sui costi sostenuti dal Ssn.

La prevalenza della dermatite atopica in Europa si attesta intorno al 7% della popolazione, ma si stima che almeno il 45% dei casi non sia diagnosticato. L'età è un determinante importante, come illustra il prof. **Luca Stingeni**, Direttore Clinica Dermatologica di Perugia, Università degli studi di Perugia: "Si stima che la prevalenza di dermatite atopica in ambito pediatrico possa arrivare fino al 20% della popolazio-

ne generale, e fino al 5% nell'adolescenza". Nell'adulto la prevalenza si riduce, e si aggira intorno al 3%.

La ricerca ha fatto notevoli passi in avanti nell'identificare le cause delle malattie allergiche, oggi sempre più individuate nella predisposizione genetica, e anche nell'arricchire l'armamentario terapeutico: oltre alle classiche terapie topiche a base di corticosteroidi e a quelle sistemiche con farmaci tradizionali come la ciclosporina, ci sono oggi nuove armi che vedono protagonisti i farmaci biologici.

► Farmaci biologici in dermatologia

Tali farmaci hanno rappresentato un importante giro di boa in primo luogo per la psoriasi, la più famosa tra le patologie dermatologiche. Spesso erroneamente intesa come malattia puramente cutanea, si accompagna frequentemente a numerose comorbidità (articolari o cardiovascolari, per esempio) per cui occorre un trattamento terapeutico integrato e multidisciplinare. "I biologici hanno rappresentato una vera e propria rivoluzione - spiega il Prof. **Angelo Marzano**, Presidente del Congresso (insieme ai proff. Paolo Pigatto e Franco Rongioletti), Professore Ordinario di Dermatologia e Direttore della

Scuola di Specializzazione in Dermatologia e Venereologia dell'Università degli Studi di Milano, nonché Direttore della UOC di Dermatologia della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano: "Si è partiti coi farmaci anti TNF-alfa, che bloccano una citochina coinvolta nella patogenesi di diverse malattie cutanee e non solo, e hanno cambiato la vita di numerosi pazienti con forme estese di psoriasi. In seguito si è approfondito il ruolo delle citochine nella patogenesi della malattia, portando alla disponibilità di una serie di farmaci anti interleuchina, come gli anti IL-17 e anti IL-23". Discorso a parte va fatto per la psoriasi pustolosa, che è una forma rara della patologia rimasta per molto tempo orfana di terapie specifiche. Poiché è diversa dal punto di vista molecolare rispetto alla psoriasi comune è stato necessario progettare un approccio differente per poterla trattare e ora sembra che questo approccio stia per dare i suoi frutti, grazie all'arrivo di un nuovo farmaco ad hoc, l'anticorpo monoclonale spesolimab, diretto contro il recettore dell'IL-36, molecola chiave nella genesi della malattia.

I biologici possono avere un ruolo anche nella cura della idrosadenite

suppurativa e nel pioderma gangrenoso e nei casi più complessi di vasculiti cutanee e malattie bollose autoimmuni.

► Diagnostica e terapie dei tumori cutanei

Dermatopatologia, dermatoscopia e microscopia confocale sono i tre principali strumenti della diagnostica di precisione per individuare tumori e malattie infiammatorie della pelle, che negli ultimi 30 anni si sono moltiplicate e differenziate in modo esponenziale.

Se l'incidenza del melanoma negli ultimi dieci anni è raddoppiata, quella del carcinoma basocellulare, carcinoma squamocellulare e cheratosi attiniche è ancora più alta. Basti pensare che l'incidenza del carcinoma basocellulare, che è in assoluto la neoplasia cutanea più frequente, aumenta ogni anno dell'1-3%. Le cause sono da adurre probabilmente soprattutto all'esposizione al sole, intermittente o cronica (in alcuni Paesi), senza protezione adeguata. Anche le terapie sono in continua evoluzione: quelle per il melanoma sono sempre più orientate verso trattamenti sostitutivi della chirurgia, che rimane comunque il gold standard, mentre per le cheratosi attiniche ai trattamenti chirurgici si affiancano quelli topici - anche questi in continua evoluzione - e la terapia fotodinamica.

Le novità sul fronte terapeutico che hanno visibilmente cambiato la prognosi del melanoma sono costituite dalle terapie mirate contro le anomalie genetiche delle cellule del melanoma e le terapie immunologiche con i cosiddetti 'check-point inibitori' che sbloccano i sistemi difensivi inibiti dal melanoma ripristinando la risposta immunitaria contro il tumore.

► Manifestazioni cutanee in epoca Covid

Tra gli argomenti di più cocente attualità vi sono le manifestazioni cutanee relative al Covid. Prove crescenti in letteratura e nella pratica clinica hanno dimostrato come non solo la malattia, ma anche i relativi vaccini possono causare reazioni cutanee. In uno studio italiano presentato al congresso (Paolino and Rongioletti) sono state rilevate reazioni di ipersensibilità come orticaria e angioedema, reazioni infiammatorie nel sito di iniezione, oltre che eruzioni cutanee morbilliformi. Ulteriori manifestazioni includevano casi di morfea generalizzata, eruzioni herpes-like, eruzioni pitiriasi rosea-like ed eruzioni cutanee lichenoidi. La maggior parte delle manifestazioni si sono risolte spontaneamente o con trattamento farmacologico.

► Un occhio all'estetica

I tatuaggi e la loro rimozione, come anche la cosmesi ungueale sono pratiche che hanno visto un aumento clamoroso negli ultimi anni e hanno quindi trovato un pertinente ambito di trattazione all'interno del congresso. Per quanto riguarda il primo tema, sono state evidenziate in diverse relazioni possibili reazioni avverse all'inchiostro, a breve e a lungo termine, e citate varie procedure di rimozione, come l'ablazione chimica e la chirurgia, ma soprattutto i laser, attualmente considerati la procedura gold standard. La scelta del tipo di laser, anche in base alla tipologia di tatuaggio e alla pelle, può essere cruciale per il raggiungimento di risultati soddisfacenti.

Una relazione (di Iorizzo M, Lu-

gano, CH) ha preso in considerazione specificamente gli eventi avversi legati alla cosmesi ungueale, per cui si utilizzano prodotti di largo consumo, non sempre regolamentati. Tra gli eventi avversi più frequenti vi sono allergie e dermatiti infiammatorie, spesso sottovalutate o non riconosciute e che occorre invece conoscere per poter preservare adeguatamente la salute dell'ungheia stessa.

► Dermatiti da contatto e nuovi allergeni

Un certo spazio è stato dedicato anche alle dermatiti da contatto, anche in relazione a nuovi allergeni. Ne ha descritto i termini la professoressa Maddalena Napolitano (Campobasso), che ha puntato il dito sulla frequente mancanza di informazioni sulla composizione dei prodotti. Un esempio è un allergene recentemente segnalato nelle scarpe di tela (dimetilcarbamilbenzotiazolo solfuro) o l'assenza di indicazioni da parte dei produttori di dispositivi per il monitoraggio del glucosio e delle pompe per insulina. Questi dispositivi hanno dimostrato di causare dermatite allergica da contatto grave in un numero considerevole di pazienti diabetici causati dalla liberazione di isobornil acrilato e N, N'-dimetilacrilammide, rispettivamente. Per questo sarebbe importante l'etichettatura degli ingredienti per tutti i tipi di prodotti, come avviene attualmente con i cosmetici.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Luca Stingeni

Antinfiammatori nella cura precoce del Covid, come quando e perché

Una recente rassegna pubblicata su Lancet fa finalmente chiarezza sul possibile ruolo dei farmaci antinfiammatori nella cura domiciliare del Covid

Livia Tonti

La terapia antinfiammatoria, specialmente con Fans, può svolgere un ruolo cruciale per la gestione precoce dei pazienti ambulatoriali con infezione da SARS-CoV-2, dal momento che è in grado di proteggere efficacemente dalla progressione verso la malattia più grave e il ricovero. Queste le conclusioni di una recente review, tutta italiana, pubblicata sulla prestigiosa rivista *Lancet Infectious Diseases* (Perico et al, 2022).

► I dati sui Fans

I farmaci antinfiammatori che hanno destato maggiore interesse per la cura del Covid sono i Fans COX-2 inibitori con selettività relativa, come celecoxib. Gli studi disponibili mostrano che, in pazienti con Covid da lieve a moderato curati a casa dai loro Mmg, il trattamento precoce è stato in grado di prevenire quasi completamente la necessità di ricovero, con una riduzione di oltre il 90% del numero di giorni di permanenza in ospedale e relativi costi. Inoltre, nei pazienti trattati, i sintomi quali l'anosmia, l'ageusia o la disgeusia sono durati per un più breve periodo. Particolarmente convincenti sono i dati riguardanti indometacina, di cui alcuni studi hanno suggerito sia un effetto antivirale, anche contro SARS-CoV-2, sia la sua capacità di ridurre la produzione indotta da trombina di IL-6, una citochina stimolata durante il Covid. È stato ipotizzato che indometacina possa anche modulare gli effetti della bra-

dichinina, migliorando la tosse secca da Covid o altri sintomi legati all'azione biologica di questo peptide. Il trattamento domiciliare precoce del Covid con un regime comprendente indometacina entro 3 giorni dall'insorgenza dei sintomi risulta associato a un minore rischio di ricoveri rispetto al trattamento più tardivo. In uno studio in pazienti ricoverati con sintomi da lievi a moderati, nessuno dei soggetti in trattamento con indometacina aveva sviluppato desaturazione, a differenza dei pazienti trattati con paracetamolo, con un dimezzamento della durata dei sintomi.

Tra i farmaci considerati vi è anche l'aspirina. I suoi effetti benefici sembrano riguardare i pazienti ricoverati in cui, somministrata entro 24 ore dal ricovero o 7 giorni prima del ricovero, è risultata indipendentemente associata a un ridotto rischio di ventilazione meccanica, ricovero in TI e mortalità ospedaliera. Studi di metanalisi ne hanno confermato l'utilità nel ridurre la mortalità.

Alcune osservazioni ne suggeriscono una utilità anche nelle fasi precoci del Covid, a domicilio, dove potrebbe essere considerata una alternativa al trattamento con COX-2 inibitori, indometacina o altri Fans quando questi siano non tollerati o controindicati.

► Ruolo dei corticosteroidi

L'utilizzo di corticosteroidi per via sistemica andrebbe invece scoraggiato precocemente per i potenziali rischi di infezioni secondarie, complicazioni a

lungo termine e ritardo della clearance virale. Il loro uso infatti causa immunosoppressione, che potrebbe essere utile durante le fasi infiammatorie tardive di Covid grave, ma essere deleteria nelle fasi iniziali per la soppressione della risposta antivirale dell'ospite. Su queste basi le linee guida OMS hanno raccomandato l'uso di corticosteroidi sistemici in pazienti con Covid grave e critico. L'efficacia dei corticosteroidi inalatori non è invece ancora ben definita.

► In conclusione

I principali Fans raccomandati per il trattamento precoce del Covid sono i COX-2 inibitori a selettività relativa, indometacina, ibuprofene e aspirina, generalmente come parte di un protocollo multifarmacologico. Alcune raccomandazioni suggeriscono il paracetamolo come terapia sicura per la gestione precoce del dolore e della febbre, ma va considerato che, oltre ad avere un'azione antinfiammatoria trascurabile, anche a dosi relativamente basse riduce le concentrazioni plasmatiche e tissutali di glutatione, situazione che potrebbe esacerbare il Covid.

Il trattamento con Fans dovrebbe continuare per 3-4 giorni, ma se i sintomi persistono può essere esteso fino a un massimo di 8-12 giorni, se non controindicato.

• Perico N, et al. *Lancet Infect Dis* 2022 Aug 25;S1473-3099(22)00433-9.



NUTRIENTI e SUPPLEMENTI

INFORMAZIONE QUALIFICATA DA FONTI QUALIFICATE



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



MINSAL: GUIDA SU DIGIUNO E PERDITA DI MASSA GRASSA



DISBIOSI E CERVELLO, LE SFIDE DELLA RICERCA



SUCCO DI LIMONE CONTRO I CALCOLI RENALI



LE PROPRIETÀ DI SUPERFOOD DELL'AVOCADO



VITAMINA A, AZIONE ANTI-ACNE

MinSal: guida su digiuno e perdita di massa grassa

Il ministero della Salute, attraverso il Tasin (Tavolo tecnico sulla sicurezza nutrizionale) e la collaborazione con il Coordinamento nazionale sulla nutrizione e profilassi nutrizionale, ha redatto un documento su "Sicurezza ed efficacia delle varie forme di digiuno nella dietoterapia finalizzata alla perdita della massa grassa".

Obiettivo dichiarato: valutare se le varie forme di digiuno possano essere sicure ed efficaci per la perdita di peso, in particolare della massa grassa, che dovrebbe essere il gold target di qualsiasi approccio dietoterapeutico, e per la preservazione della massa magra, metabolicamente attiva, quale componente fondamentale dello stato di salute di qualsiasi soggetto. Tre i grossi capitoli affrontati: digiuno e potenziali meccanismi; effetti fisiologici del digiuno e possibili interazioni sullo stato di salute; dati disponibili a oggi. Le conclusioni sottolineano

come, a oggi, le evidenze sostengano che la restrizione calorica, ottenuta attraverso varie modalità e possibilmente con il modello mediterraneo, rappresenti il mi-





gliore approccio dietoterapeutico nel paziente sovrappeso o obeso. Ciò nonostante, dal punto di vista metabolico, il digiuno intermittente sembra essere partico-

larmente promettente nel controllo della sensibilità insulinica, della dislipidemia, dell'ipertensione e dell'infiammazione. In generale, mancano ancora studi a lungo termine per misurare l'impatto delle varie forme di digiuno intermittente sulla salute. Ciò suggerisce come sia soprattutto utile agire sullo stile di vita.

Qualsiasi modello alimentare, utilizzato in ambito medico, deve essere il più possibile personalizzato e, soprattutto, combinato con livelli di attività fisica adeguata alle fasce di età e alle condizioni cliniche di ciascun paziente. Ciò consente di agire sui fattori coinvolti nell'incremento della massa grassa per contrastare lo sviluppo dell'obesità e delle altre malattie cronicodegenerative.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone il documento sul sito del Ministero della Salute

Disbiosi e cervello, le sfide della ricerca

■ Nella ricerca delle cause che scatenano le malattie neurodegenerative, la scienza si interroga sul ruolo che potrebbe svolgere il microbiota.



Maria Rescigno

In questa direzione sono stati condotti diversi studi dal gruppo di **Maria Rescigno**, capo del laboratorio di Immunologia delle mucose e microbiota presso l'Humanitas research center, su come stati di disbiosi alterino la barriera vascolare intestinale, consentendo a batteri pericolosi di entrare nel circolo sanguigno e raggiungere il cervello, superando i controlli predisposti dall'organismo. Una situazione che porta alla chiusura delle barriere encefaliche e all'isolamento del cervello dal resto dell'organismo, con generazione di uno stato di ansia. Resta da valutarsi se tutto questo possa creare un'infiammazione la cui conseguenza sia il favorire lo sviluppo di uno stato infiammatorio in grado di scatenare un processo neurodegenerativo. La sfida sarà comprendere come le due barriere, quella ematoencefalica e quella vascolare intestinale, siano connesse e se si regolino reciprocamente. Dieta, probiotici e postbiotici sono sicuramente d'aiuto per mantenere un efficiente stato di eubiosi.



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

Succo di limone contro i calcoli renali

■ L'assunzione regolare di succo di limone aiuta a prevenire la formazione di calcoli, anche se il trattamento rischia di determinare disturbi gastrici che limitano la compliance dei pazienti. Queste le conclusioni cui sono giunti i ricercatori del dipartimento di Medicina renale dell'Istituto Mario Negri dopo aver condotto uno studio su 203 pazienti con calcolosi ricorrente, in cui sono stati valutati gli effetti dell'assunzione di 60 mL di succo di limone fresco due volte al giorno in aggiunta alla dieta povera di proteine animali e di sale che viene raccomandata alle persone affette da calcolosi. Il gruppo di controllo assumeva la stessa dieta ma senza la supplementazione di succo di limone. Lo studio, da poco pubblicato su eClinicalMedicine (Vol. 43, 101227, January 01, 2022) del gruppo The Lancet, ha coinvolto pazienti che avevano sofferto di nefrolitiasi di calcio-ossalato e che si erano rivolti per le cure all'Unità di Nefrologia dell'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, tra il 2009 e il 2017.

Le analisi a due anni di follow-up hanno evidenziato che l'integrazione con succo di limone fresco in una dieta standard, a ridotto contenuto di proteine animali e di sale, ha un effetto protettivo verso la formazione di nuovi calcoli renali in pazienti che ne hanno già sofferto, riducendo il rischio del 38% rispetto al gruppo di controllo. Un rischio, nei primi sei mesi, ridotto addirittura del 57%. Come spiega **Maria Rosa Caruso**, nefrologa del Papa

Giovanni ed esperta di calcolosi renale, "questo effetto sembrava favorito da una riduzione dell'escrezione urinaria di sodio, effetto che riduceva la concentrazione di sali nelle urine riducendone la precipitazione e prevenendo, quindi, da un lato la formazione di nuovi calcoli e, dall'altro, favorendo la dissoluzione e l'espulsione di quelli già esistenti. Purtroppo, però, alcuni pazienti hanno sofferto di disturbi gastrici, provocati dalla protratta assunzione di succo di limone".

Probabilmente, questo è stato un motivo che ha portato quasi un paziente su due, alla fine dei 24 mesi, a ridurre o sospendere l'assunzione di succo di limone e di conseguenza a ridurre l'efficacia a lungo termine.



Le proprietà di superfood dell'avocado

■ Aggiunge qualità alla dieta e aiuta a migliorare il profilo lipidico, in particolare agendo su colesterolo totale e Ldl. Nessun effetto, però, su grasso viscerale, peso corporeo e circonferenza vita in caso di sovrappeso/obesità, così come su altri marker di rischio cardiometabolico. Queste le conclusioni del più ampio studio clinico mai condotto sui benefici di un consumo regolare di avocado, frutto ricco di fibre e acido oleico che diverse analisi precedenti hanno segnalato come protettivo sulla salute cardiometabolica. La ricerca, pubblicata di recente sul Journal of American Heart Association (Vol. 11, 14, 19 luglio 2022), ha visto la

collaborazione tra Loma Linda University, Tufts University e University of California, Los Angeles, sotto il coordinamento della Wake Forest University.

Nello studio sono stati coinvolti, per sei mesi, circa mille partecipanti, tutti in sovrappeso o obesi, suddivisi in due gruppi: metà aggiungeva alla dieta normale un avocado al giorno, metà seguiva la dieta abituale, al massimo concedendosi due avocado al mese. Obiettivo primario dello studio era verificare le modifiche a livello di grasso viscerale, misurato tramite risonanza magnetica. Obiettivo secondario, una combinazione di fattori che andavano dal

grasso epatico a marker di salute cardiometabolica (proteina C reattiva, colesterolemia, insulinemia).

I risultati non hanno evidenziato alcun beneficio su grasso viscerale, circonferenza vita e altri marker di rischio cardiometabolico. Due gli aspetti importanti, però, secondo gli Autori: “Sebbene non siano emersi miglioramenti clinicamente significativi del grasso viscerale e di altri marker di rischio, il consumo giornaliero di avocado non ha comportato un aumento di peso corporeo”, sottolinea Joan Sabaté, della Loma Linda University School of Public Health. “Questo è positivo, perché suggerisce che un consumo di calorie extra derivanti dal frutto non influisce sul peso corporeo o sul grasso addominale. Inoltre, abbiamo potuto constatare come il consumo giornaliero del frutto

abbia determinato una diminuzione del colesterolo totale di 2,9 mg/dl e del c-Ldl di 2,5 mg/dl”.



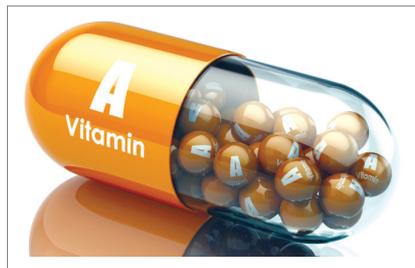
Vitamina A, azione anti-acne

■ La vitamina A rappresenta un valido sostituto dell'isotretinoina nella gestione dell'acne, in termini di efficacia e tassi di recidiva. Occhio, però, alla tossicità, anche per il fatto che è disponibile come integratore e facilmente reperibile: va sempre impiegata in casi selezionati e con la dovuta informazione ai pazienti. Queste le conclusioni cui è giunta una recente review di una decina di studi clinici pubblicata sul Journal of drugs in dermatology (Giugno 2022; Vol. 21 (6); 683).

I ricercatori hanno esaminato la letteratura pubblicata sull'impiego della vitamina A nell'acne dal 1934 al 2021, identificando nove studi pertinenti. Di questi, otto hanno mostrato un miglioramento dell'acne con dosi che variavano da 36 mila a 500 mila UI/die. Quasi la metà degli studi ha utilizzato 100 mila UI/die con successo. La durata del trattamento variava da uno a sette mesi. Il tempo medio fino al miglioramento clinico, da 7 settimane

a 4 mesi dopo l'inizio della terapia. Il tasso di recidiva era del 33%, paragonabile a quello riscontrato con isotretinoina. Negli studi clinici esaminati, sia per la vitamina A che per l'isotretinoina, gli effetti collaterali più frequenti sono stati cheilite (infiammazione delle labbra) e xerosi (pelle secca), in particolare con dosi pari a 500 mila UI/die. Così concludono gli Autori: “La vitamina A è conveniente e facilmente accessibile in dosi da 5.000 a 25.000 UI per capsula a circa un decimo del costo dell'isotretinoina. Alle dosi 50.000-300.000 UI/die può essere un valido sostituto per la gestione dell'acne quando l'isotretinoina

non è disponibile. Tuttavia, a causa della sua potenziale tossicità, è prudente un controllo medico rigoroso. Dal momento che è acquistabile senza prescrizione, non è possibile garantire un monitoraggio capillare e sarebbe opportuna una selezione accurata dei casi indicati con conseguente corretta informazione”.



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