

# M.D.

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

Anno XXVII, numero 7 - 2020

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

## IN QUESTO NUMERO

### FOCUS ON

6

**Covid-19, nuovi contagi e vecchi problemi per i medici di medicina generale**

### PROPOSTE

16

**La qualità (da ritrovare) della Medicina Generale italiana**

### RASSEGNA

30

**Diagnosi e terapia del dolore in MG: approccio pratico**

### OSSERVATORIO

41

**Verso una "sindrome post-Covid-19"?**



**Covid-19:**  
DA UNA NUOVA MALATTIA  
L'OCCASIONE PER UNA NUOVA  
MEDICINA

Storie di cura e del virus  
che insegnò a cooperare

*A cura di*  
Sandro Giroto, Gio Batta Gottardi, Ercole Concia,  
Claudio Micheletto

*Da sinistra:*  
**Gio Batta Gottardi**  
*Mmg*  
*Bassano del Grappa (VI)*

**Ercole Concia**  
*Professore Ordinario*  
*di Malattie Infettive*  
*dell'Università di Verona*

**Claudio Micheletto**  
*Direttore della Pneumologia*  
*della AOUI Verona*

**Sandro Giroto**  
*Mmg, Verona*

*Edizione Medico Scientifica*



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

**Un argine contro l'epidemia:  
condivisione, cooperazione e solidarietà**

# M.D.

MEDICINAE DOCTOR

## M.D. Medicinae Doctor

Anno XXVII numero 7 ottobre 2020

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

## Direttore Responsabile

Dario Passoni

## Comitato di Consulenza di M.D.

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

## Redazione

Patrizia Lattuada  
Anna Sgritto  
Livia Tonti  
Elisabetta Torretta

## Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

## Pubblicità

Teresa Premoli  
Sara Simone

## Passoni Editore s.r.l.

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

## Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

# In questo numero

## ATTUALITÀ

- **Prima pagina**  
Un argine contro l'epidemia: condivisione, cooperazione e solidarietà ..... 5
- **Focus on**  
Covid-19, nuovi contagi e vecchi problemi per i medici di medicina generale ..... 6
- **Contrappunto**  
Noi, Mmg, eroi di cartone sempre in mezzo al guado ..... 8
- **Tribuna**  
I fruitori incongrui del Ssn in tempi di pandemia ..... 14
- **Proposte**  
La qualità (da ritrovare) della Medicina Generale italiana ..... 16
- **Professione**  
Covid-19, normative e gestione dei casi: un vademecum ad hoc ..... 17
- **Indagini**  
App per la salute e soluzioni digitali vanno "prescritte" ..... 18
- **Monitor**  
Gestione terapeutica dei pazienti cronici ..... 22

## AGGIORNAMENTI

- **Aritmologia**  
Fibrillazione atriale e terapia precoce del ritmo ..... 24
- **Dermatologia**  
Ferite di difficile guarigione, evidenze per la luce Led blu ..... 25
- **Endocrinologia**  
Obesità in aumento, rivedere i valori del BMI? ..... 26
- **Epatologia**  
Screening HCV e coinvolgimento della Medicina Generale ..... 27
- **Gastroenterologia**  
Protezione della mucosa gastrica nella disbiosi iatrogena ..... 28
- **Psichiatria**  
Pandemia ed equilibrio mentale: il valore della resilienza ..... 29

## CLINICA E TERAPIA

- **Rassegna**  
Diagnosi e terapia del dolore in MG: approccio pratico ..... 30
- **Ricerca**  
Nesso tra riacutizzazione di BPCO e infarto ..... 34
- **Terapia**  
PUFA n-3, una strategia per ridurre il rischio derivato dall'ipertrigliceridemia ..... 38
- **Prevenzione**  
Riduzione di mortalità e continuità delle cure ..... 40
- **Osservatorio**  
Verso una "sindrome post-Covid-19"? ..... 41
- **Rassegna da Nutrienti e Supplementi** ..... 46

# Un argine contro l'epidemia: condivisione, cooperazione e solidarietà

“ I Mmg e i medici di continuità assistenziali si sono trovati stritolati in una situazione di incertezza totale. Di fronte a ciò abbiamo avuto il bisogno di condividere cultura e professionalità”. Esordisce così **Gio Batta Gottardi**, medico di medicina generale di Bassano del Grappa, uno dei curatori del libro: *“Covid-19: da una nuova malattia l'occasione per una nuova Medicina. Storie di cura e del virus che insegnò a cooperare”*.

*M.D. Medicinae Doctor* gli ha chiesto di descrivere l'esperienza che li ha condotti alla messa a punto di questo testo. “Un testo in divenire - precisa Gottardi - soggetto ad aggiornamenti periodici, che esita da un percorso durato sei mesi, avuto sulla base di una precedente esperienza di condivisione editoriale di un gruppo di Mmg del Nord che aveva portato alla pubblicazione del libro: *Medicina Generale, Storia e Clinica della pratica quotidiana*”.

“La comparsa dell'infezione da SARS-CoV-2 - continua - ha rafforzato questa rete amicale e ci ha avvicinato ancor di più. Prima del lockdown, via telefono, ci siamo interrogati sui troppi casi di polmonite atipica con cui eravamo venuti in contatto, ma poi siamo stati scavalcati dagli eventi ed è cresciuta in noi la consapevolezza di dover condividere le nostre riflessioni, i nostri dubbi. Lo abbiamo fatto attraverso una rete di conoscenze che ciascuno di noi ha, con un percorso di integrazione profonda, professionale e gestionale, con specialisti delle diverse aree, clinici, statistici epidemiologi, microbiologi, infettivologi, pneumologi, che hanno contribuito a far crescere la solidarietà assistenziale in un gruppo di medici che si erano sentiti inadeguati, ma anche marginalizzati, a far fronte da soli all'enormità delle problematiche che il Covid-19 palesava. Siamo partiti con incontri via web con 40 partecipanti per giungere nei webinar finali sino a 400 professionisti collegati contemporaneamente da varie parti d'Italia. Visto il successo dell'iniziativa e il gradimento dei temi considerati, abbiamo pensato all'opportunità di riassumere questi argomenti in un testo, per poter condividere in modo diffuso questa esperienza sotto forma di e-book”.

In altre parole, questo libro è la sintesi della collaborazione che si è sviluppata tra il mondo della ricerca universitaria, i medici del territorio e i medici ospedalieri. È il segno tangibile che tale collaborazione è possibile e, se realizzata, porta a grandi risultati. Risultati che ora ci sembrano lontani, vista la recrudescenza dei contagi.

“Siamo in affanno, ancora una volta. La Medicina Generale è un ganglio del sistema di sanità pubblica - conclude Gio Batta - e ciò si è ben palesato nella prima fase dell'epidemia. L'orientamento comunitario della Medicina di Famiglia, che è sempre passato sotto traccia, è diventato un gigante in un momento di criticità. Purtroppo tutto questo da un punto di vista normativo non è affatto considerato”.

A.S.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Gio Batta Gottardi

# Covid-19, nuovi contagi e vecchi problemi per i medici di medicina generale

“La Medicina Generale oltre la pandemia” è stato il titolo dell’ultimo congresso nazionale della Fimmg, svoltosi all’inizio di ottobre. Ma declinare questo “oltre” sta diventando sempre più difficile. La recrudescenza dei casi di contagio, dopo la pausa estiva, sta delineando uno scenario per i Mmg che porta alla ribalta vecchi problemi con cui la categoria ha fatto i conti nella prima fase della pandemia. Problemi che sono costati la vita a molti di loro. Uno fra tutti? La scarsità dei dispositivi individuali di protezione

**A**utonomia, ruolo, responsabilità sono i requisiti su cui si fonda la forza dei medici di famiglia. È quanto ha tenuto a sottolineare **Silvestro Scotti**, segretario generale della Fimmg, durante il 77° Congresso nazionale Fimmg- Metis che si è svolto al Tanka Village di Villasimius (Cagliari), in un passaggio della sua lunga relazione. Si tratta di concetti su cui si fonda la professione e “che hanno trovato sempre nell’adattabilità resiliente di questa categoria - ha precisato Scotti - le risposte migliori” come testimonia l’operato dei medici di famiglia durante l’emergenza, in cui si sono ritrovati soli e senza dispositivi individuali di protezione (Dpi). Motivo per cui il segretario Fimmg ha chiesto al Governo di istituire “una commissione di inchiesta perché non si continui a far finta di niente rispetto alla tutela di un settore strategico come il nostro, rispetto al dover gestire anche per noi la sicurezza nell’attuale fase endemica del SARS-CoV-2”.

## ► Nulla cambia

Ma sembra proprio che si continui a “far finta di niente”. A testimoniare è proprio Scotti in una

recente intervista che ha rilasciato ad *Adnkronos* in cui continua a chiedere continuità nel fornire protezioni ai Mmg in modo da farli lavorare in sicurezza. “Ancora medici di famiglia senza dispositivi di protezione individuale - denuncia il segretario generale della Fimmg - presidi essenziali per la tutela dei medici, ma anche dei pazienti: perché se io mi infetto e sono asintomatico, rischio di diffondere l’infezione tra i miei assistiti che, il più delle volte, sono persone fragili. La mancata distribuzione dei Dpi è un problema serio. Oggi, come altre volte, ho fatto una visita domiciliare grazie ai dispositivi che ho acquistato personalmente. E i medici di medicina generale sono sicuri grazie all’organizzazione che ci siamo dati autonomamente, con l’uso del triage telefonico, le visite su appuntamento, i percorsi protetti di ingresso e uscita. Sugli studi dei medici di famiglia, in questi giorni, aumenta la pressione in maniera esponenziale. Con la crescita del numero dei positivi aumentano anche i ‘contatti’ dei positivi che si rivolgono a noi”. Silvestro Scotti si fa portavoce di

una criticità portata alla ribalta delle cronache da varie realtà del territorio.

## ► Vaccinare in sicurezza

Già in precedenza i vertici napoletani di Fimmg, **Luigi Sparano** e **Corrado Calamaro**, avevano denunciato i rischi di dover affrontare la campagna vaccinale antinfluenzale senza Dpi in una Regione fra le più colpite dai nuovi contagi.

“Mai come oggi i rischi di un contagio per i medici di medicina generale in Campania sono alti, e lo sono ancor più perché le Asl sono carenti nella distribuzione dei dispositivi di protezione individuali. Studi affollati aumentano i rischi per i medici che devono praticare i vaccini e, a cascata, per i pazienti stessi. Non si può e non si deve chiedere ai Mmg di lavorare senza fornire loro le opportune protezioni - avevano denunciato Sparano e Calamaro - non è accettabile dover scegliere di mettere a rischio la vita per essere al fianco dei pazienti”.

La Regione Campania è stata la prima in Italia a procedere all’acquisto delle dosi di vaccino antinfluenzale e la prima ad avviare la campagna vaccinale. “Il governo regionale ha fatto

un buon lavoro di programmazione, ora è essenziale mettere i medici nelle condizioni di lavorare in sicurezza - tengono a precisare i rappresentanti della Fimmg - proteggendo così anche i pazienti". Proprio per cercare di ridurre i rischi e bruciare le tappe di una campagna vaccinale che è un nodo cardine della strategia di lotta al contagio, i medici di medicina generale, in accordo con le Asl di riferimento, hanno programmato postazioni mobili. Dei veri e propri 'camper vaccinali' che saranno in strada per alleggerire, almeno in parte, il lavoro che si farà negli studi e nei centri vaccinali dei distretti".

#### ► Interrogativi senza risposta

Per il segretario Generale della Fimmg, resta ancora senza risposta l'interrogativo che ha esternato nella sua relazione al Congresso sindacale. "Perché - si chiedeva Scotti, riferendosi a quanto accaduto nei giorni caldi della pandemia - durante quel periodo, in cui le cose dovevano essere sequenziali, anzi ovvie, come quella che un'azienda sanitaria dovesse proteggere tutte le proprie risorse umane, comprese quelle della Medicina Generale, è invece stato necessario intervenire con una legge, per ottenere, come un diritto nostro e come un dovere per i direttori generali, che anche i medici convenzionati fossero protetti". Motivo per cui Scotti ha chiesto l'istituzione di una Commissione d'inchiesta e la rimozione dai loro incarichi dei "direttori generali che non assolvono a un dovere di legge a un dovere che rimane qualora fossero medici, anche un dovere etico e deontologico rispetto ad altri medici". "Pensare di poter gestire pazienti asintomatici o paucisintomatici e quindi di difficile inquadramento diagnostico - aveva evidenziato nella sua relazione - senza mettere in con-

dizione i medici di famiglia di avere le giuste protezioni ci appare inimmaginabile e credo sia arrivato il momento di non fare più sconti a nessuno". Purtroppo il problema si è presentato di nuovo e forse la provocazione lanciata da Scotti durante l'assise nazionale, potrebbe essere una via d'uscita, malgrado rappresenti un paradosso. "Ebbene se le aziende non sono capaci di organizzare i fabbisogni di tali dispositivi per la Medicina Convenzionata - aveva dichiarato - trasferiscano a noi le risorse e noi ci occuperemo di garantire in sicurezza i Colleghi come abbiamo fatto nei periodi più critici".

La garanzia rispetto a tali investimenti, secondo Scotti, verrebbe proprio dalle caratteristiche tipiche della libera professione convenzionata, ovvero dalla capacità di poter effettuare "investimenti che possono essere di periodo, di situazione, di necessità, adattandosi alla esigenza dell'obiettivo di salute senza creare debito pubblico diretto".

#### ► I Mmg non si sono mai tirati indietro

"I medici di famiglia sono stati in prima linea dall'inizio della pandemia - ha tenuto a sottolineare Silvestro Scotti durante l'apertura dei lavori congressuali - non si sono mai tirati indietro anche quando si sono trovati a curare i pazienti a 'mani nude' pagando a caro prezzo, con tante vittime, il loro impegno. La pandemia deve essere un punto di partenza per una 'nuova' Medicina Generale più dinamica, sempre attenta alla persona ma anche alle tecnologie".

"L'evoluzione della medicina di famiglia necessita di nuovi strumenti e di una migliore organizzazione per rispondere ai nuovi bisogni evidenziati dalla pandemia. Se si deve vaccinare in sicurezza servono più personale e più dispositivi. Servono ri-

sorse che, se la parola d'ordine di un riordino del Ssn diventa "prossimità", bisognerà trovare. Proponiamo quindi interventi legislativi finanziari che permettano la discussione di un Atto d'indirizzo che disciplini il nostro ruolo nella situazione di emergenza e che trasformi la discussione dell'Acn 2016-2018 da un esercizio teorico ormai datato ad un investimento 'oltre la pandemia', Acn attualizzato che, se vogliamo affrontare la seconda ondata con strumenti veri, dobbiamo chiudere nel più breve tempo possibile". E a tale riguardo il segretario ha rilanciato la funzione dei micro-team. Per Scotti il medico di medicina generale deve essere messo in grado di governare la propria capacità assistenziale ed essere remunerato per le prestazioni offerte da un adeguato personale di studio. Solo così la gestione del Covid-19 come quella della cronicità potrà essere affrontata evitando o riducendo la mobilità dei pazienti. Motivo per cui la soluzione è racchiusa nei micro-team: un infermiere, un assistente sanitario, un collaboratore in ogni studio.

"Un processo di questo tipo però - ha tenuto a precisare - va in direzione opposta alla richiesta evocata da più parte del passaggio alla dipendenza dei Mmg. Il ministro della Salute ha invocato la 'prossimità' del medico, ma dovremmo essere prossimi al paziente e non all'azienda sanitaria; se non faremo nulla per evitare di essere 'prossimi all'azienda' assisteremo a continui e temo efficaci tentativi di de-professionalizzarci".



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il PDF della Relazione di Silvestro Scotti al 77° Congresso nazionale Fimmg

# Noi, Mmg, eroi di cartone sempre in mezzo al guado

Durante la fase uno ci siamo illusi che niente sarebbe stato più come prima, ma, purtroppo, in fase due, con le nostre ferite ancora aperte, ci siamo accorti che per noi nulla è cambiato e ci siamo visti assaltare, se non quasi assediare, dai pazienti atti a recuperare tutte quelle prestazioni lasciate in stand-by dall'emergenza, non rendendosi conto che l'emergenza non era assolutamente finita

**Alessandro Chiari**

*Segretario Regionale Fismu Emilia Romagna*

**E**ccoci qua, noi medici delle cure primarie, poveri e solitari guerrieri del territorio, sopravvissuti ad una sanguinosa guerra di trincea e contenimento combattuta con le mani e con i denti e con quattro stracci a coprirci la faccia. Noi che abbiamo conosciuto i nomi dei nostri Colleghi deceduti, molti dei quali, non hanno nemmeno avuto l'onore di un funerale. Eccoli qui: gli eroi veri, dimenticati, sono tutti quei Colleghi e gli Operatori che non sono purtroppo più qui a raccontarla. Siamo rimasti noi, gli eroi di cartone. Così come siamo stati esaltati, in un primo tempo, da un sistema che ha banalizzato e caricato di retorica un dramma realmente accaduto, in un secondo tempo siamo stati bruciati da una drammatica situazione di stress post traumatico assimilabile a quello di un reduce di guerra.

## ► Nessun punto di riferimento

Purtroppo per disorganizzazione e per mancanza di tempo non c'è stata nessuna possibilità di formazione. Abbiamo assistito a un

caratteristico sviluppo delle criticità e della pianificazione progettuale effettuata attraverso un *trial by fire* che è stato di tipo dinamico operativo, seguendo quelle linee guida proprie e peculiari di un percorso didattico e operativo auto-formativo ed improvvisato sotto la minaccia pandemica. Questa situazione si è andata perfezionando mediante un processo di approfondimento tramite una condizione territoriale dove si imparava dagli errori - *trial by errors* - sul campo, seguendo una strategia di tipo adattativo. Nel nostro caso questo procedimento è stato utilizzato come un processo formativo finalizzato nell'analizzare, mettere alla prova, migliorare e ottimizzare, ciascuna tecnica operativa utilizzata comunemente dagli operatori, strettamente e storicamente self-made, in funzione dell'esperienza lavorativa personale, in un nuovo contesto di *tactical training* affinato a testare le qualità e i riscontri positivi, ma anche le caratteristiche negative degli aspetti comportamentali lavorativi, che possono manife-

stare tali operatori nel contatto e nel contesto lavorativo reale con l'utente. Ricordiamo purtroppo che nel *modus operandi* che si utilizza sul campo, nella maggior parte dei casi, l'errore non è percepito dall'operatore se non quando l'azione che ha provocato l'errore non sia rilevata e recepita dall'operatore stesso. Il percorso che abbiamo tentato di implementare riguardava quindi la possibilità di governare gli ambulatori in un'ottica di gestione del rischio, basandosi sull'attiva iniziativa personale, o meglio sulla razionalizzazione di tale risorsa. In pratica si lavorava in un'ottica volta a limitare l'effetto dell'errore, lavorando in sicurezza. Ci siamo trovati, come medici di medicina generale, da un giorno all'altro, proiettati in uno scenario da incubo, senza informazioni, senza dispositivi, senza difesa, senza ordini, situazione che ci ha costretto per sopravvivere professionalmente ad arrangiarci ed auto amministrarci. Il problema comunque principale è che tuttora non appare esserci un "Progetto pandemia" che ab-

bia una prospettiva degna di farci allontanare di questa condizione di navigazione a vista che ha caratterizzato un sistema impantato in questa drammatica incapacità organizzativa dei decisori politici e sanitari. Siamo ancora lavorando in assenza di una metanalisi.

La metanalisi risulta utile quando esiste incertezza nella valutazione di efficacia di un trattamento, o perché i risultati dei singoli studi non sono univoci, oppure perché i singoli studi sono effettuati su pochi pazienti e - considerati singolarmente - sono scarsamente affidabili.

#### ► La risorsa del territorio

Spesso abbiamo sentito parlare di paura del medico di fronte alla situazione creata da questa pandemia, ma più che di paura parlerei di frustrazione e impotenza professionale. Diremmo piuttosto che la lacerazione e la frustrazione professionale subita dai Mmg, ha evidenziato le criticità di una crisi di un territorio che avrebbe dovuto essere difeso strenuamente dal Ssn pubblico come una risorsa speciale, ma alla quale, in realtà, si è tentato di affidare tutto il lavoro sporco.

Il Mmg nella sua funzione di primo presidio del Ssn, di uomo da prima linea, sovraccaricato di lavoro, ha iniziato ad andare in crisi non solo professionale, ma anche fisicamente. In poche parole non era e non sarebbe stato, ma non sarà nemmeno possibile per noi gestire i normali pazienti e nello stesso tempo essere operativi più di tanto sul territorio con i pazienti Covid se non indirizzando tali pazienti verso strutture appositamente dedicate. Noi Mmg ci sia-

mo trovati a pensare che tutto quello che stava succedendo avrebbe per sempre cambiato il rapporto medico paziente portando quest'ultimo ad un accesso più appropriato negli ambulatori della medicina generale. Durante la fase uno ci siamo illusi che il cittadino potesse apprendere qualcosa da quanto stava avvenendo, ma, purtroppo, in fase due, con le nostre ferite ancora aperte, ci siamo visti assaltare, se non quasi assediare, dai pazienti che hanno pensato solamente a recuperare tutte quelle prestazioni di cui sono stati privati dall'emergenza, non rendendosi conto che l'emergenza non era assolutamente finita e che per tornare alla normalità, sarebbe occorso e occorrerà del tempo, tanto tempo, moltissimo tempo, forse anche oltre il tempo della vaccinazione di massa. Il nostro Ssn, che è quasi collassato, è riuscito a tenersi in piedi, quasi per miracolo solamente per la professionalità di medici e dei loro collaboratori, perché ognuno di noi ha speso qualcosa di suo e questa spesa ci sta presentando ancora il conto.

Quello che è successo, ha dimostrato che il territorio, anche in un contesto drammaticamente confuso ed emergenziale, come questo, ha avuto una capacità di reazione incredibile che definiremmo quasi rivoluzionaria e che il medico, lasciato solo in un momento topico, si è dovuto necessariamente autogestire e ha dato il meglio di sé.

#### ► Quanto resisteremo?

Ora quello che tutti noi ci stiamo chiedendo è se riusciremo e quanto riusciremo a resistere ancora in questa situazione di stress

professionale che si sta ripresentando. Ci siamo trovati a operare in un paradigma lavorativo che ci cambiava e che si sta tuttora modificando. Ci siamo trovati in una "storia" che, malgrado non ci lasciasse nessuna scelta, ci ha costretto a scegliere e l'opzione che ha salvato il territorio è stata quella dell'autogestione della Medicina Generale.

Un'autogestione che diventa paradossale se si considera il fatto che la Medicina Generale dovrebbe essere il nucleo centrale del Sistema Sanitario Nazionale. Il punto di partenza da cui viene generata l'assistenza sanitaria di secondo livello.

#### ► Ma altri parlano per noi

Malgrado ciò, ancora adesso, si tenta di progettare il territorio senza sentire il suo maggior interprete, ovvero il Mmg. Tutti parlano su quello che dobbiamo fare, tanti geniali *influencers* si danno un gran daffare nel tentativo di appiccicarci nuovi incomprendibili ed inattuabili compiti che genererebbero per noi carichi di lavoro fisicamente e psichicamente insopportabili. Penso sia venuto il tempo di modificare il Codice Deontologico.

Sono passati più di duemila anni da Ippocrate e così come sono cambiate le valutazioni sull'eutanasia, sulla genetica e quant'altro, forse è ora di valutare anche una posizione più moderna e più adatta al suo tempo della figura del medico contemplandone i limiti e la vulnerabilità. Forse è ora di chiedersi che cosa possa fare il cittadino per una sanità che potrà crescere solamente se si educa il paziente al rispetto del sistema stesso.

# I fruitori incongrui del Ssn in tempi di pandemia

*La verità sul Covid-19 è ancora tutta da scrivere, ma chi vive la medicina pratica, come i medici di famiglia, sa e non può negare che c'è un mare sommerso di non detto che ha offeso e umiliato noi clinici tanto quanto gli organizzatori e decisori (medici e non) dei sistemi sanitari regionali*

**Giuseppe Mittiga**  
 Medicina Generale, Roma

**S**oli, autonomi e libero professionisti puri in 48 ore sotto la nostra esclusiva responsabilità abbiamo reinventato l'assetto dello studio. Un problema che sembrava riguardare gli altri, ha riguardato noi medici di medicina generale. Il deficit di comunicazione è stato di una portata senza precedenti e forse, ripeto forse, senza colpa di alcuno. Chi, giornalista o rappresentante dei vertici di categoria medica, avrebbe avuto il coraggio di dire "non lo so" alle tante domande poste? L'uomo di scienza onesto sa e deve dire "non so" se il tempo e l'analisi dei dati non fornisce risposte.

La comunicazione in medicina è tornata - ora in mano dei politici, degli assessori, degli esperti e altre voci stonate - un atto squisitamente medico e di una portata poderosa dal punto di vista psicologico, sociale ed economico. La verità sul Covid-19 è ancora tutta da scrivere, ma chi vive la medicina pratica sa e non può negare che c'è un mare sommerso di non detto che ha offeso e umiliato noi clinici tanto quanto gli organizzatori e decisori (medici e non) dei sistemi sanitari regionali.

È nato un nuovo gruppo all'interno degli arcinoti frequentatori, i nostri simpatici frequentatori, quelli sui quali si è scritto, quelli noti al politico e all'amministratore della sanità pubblica: un grup-

po di ammutinati, di ribelli, incoscienti, sordi alle regole. Il sistema sanitario pubblico e privato si è "contratto" durante e dopo il lockdown non solo in forza di legge ma ancora prima per il buon senso, per il senso di logica o di opportunità.

Taluni pazienti controllatissimi dai Mmg e loro specialisti di riferimento a tal punto da rischiare l'appellativo di 'abusatori' del Servizio Sanitario Nazionale hanno visto la propria identità compresa e umiliata. Se il paziente è la malattia, se egli si identifica con la sua malattia, ogni ostacolo è un limite alla libertà, al suo stesso vivere.

## ► I nostri studi come confessionali

Parlo di un gruppo ristretto, ma non poco numeroso che ai primi di maggio del 2020 ha manifestato un'astinenza da medico, da analisi, visite specialistiche ed esami strumentali fuori controllo. Chi scrive ha cercato con 'cartellonistica', con cortesi parole e anche per tramite del collaboratore di studio di spiegare che era normale voler cercare sicurezza, conforto, normalità con un 'bell'esame del sangue'. Normale ma non sempre corretto.

Ho proposto di rinviare, ho illustrato (spesso rappresentato senza spaventare) la presenza di focolai, ho spiegato la proporzione tra rischi e benefici. Fuori o den-

tro il Ssn queste schegge impazzite hanno affollato i percorsi della salute. Non hanno compreso, nessuno ha spiegato loro: sono stati una minaccia per la salute pubblica.

Alcuni hanno avuto il coraggio di anteporre micosi o artralgie di vecchia data al proprio anticoagulante orale. Lombalgie prive di segni d'allarme, edemi arti inferiori di scarsa entità, lesioni cutanee trascurabilissime giungevano come grido d'aiuto: "Dottore, vengo da lei per sapere di stare bene".

Hanno cercato la nostra benedizione dietro le nostre finestre incellofanate o dietro le nostre nuove tecnologie. Potevamo spreca-re il nostro tempo ad arginare questi disturbi socio-psicologici mentre persone bisognose di cure organiche e psichiatriche le meritavano davvero? Il gruppo degli egoisti non è stato interessato dal fatto che altri avevano disturbi più gravi. Non hanno capito che il nostro telefono era un mezzo di pubblico soccorso e non un confessionale. "Non ho digerito", "Mi fa male la spalla (da un giorno)", "Ho un fastidio all'anca". Oltre le 12 ore al giorno non si riesce a lavorare ed ho detto no a questi pazienti.

I medici di pronto soccorso erano irritati dalla loro sale d'attesa vuote. Ma chi abbiamo curato in questi anni? Non so se abbiano compreso o se comprenderanno mai quale sia stato e sarà il rischio di utilizzare la sanità quando non ce n'è bisogno.

### ► Schegge impazzite

Lo avete sentito tutti il modo di dire che circolava tra i nostri pazienti "Se non moriamo di Covid, moriamo di altre cose". Nessu-

no, ripeto nessuno ha avuto il coraggio di dire che era ed è rischioso recarsi presso strutture mediche pubbliche o private se non è davvero indispensabile, perché anche il protocollo più severo non riduce a zero - mai - il rischio contagio.

Esempi pratici: era necessario senza storia di fratture o condizioni pregresse eseguire una Moc il 4 maggio 2020? I pazienti seguiti trimestralmente dal proprio cardiologo avevano necessità - in assenza di segni o sintomi - di una visita cardiologica? Una paziente voleva mostrarmi una micosi ungueale sotto uno spesso strato di smalto o gel. Ma noi medici di medicina generale che compito avevamo se non frenare queste schegge impazzite ipercontrollate e ipercurate? Avevo le mani nei capelli quando ai primi di maggio ho visto la fila fuori lo studio di un fisioterapista. Dove abbiamo sbagliato? È così incosciente il popolo italiano? Il Covid-19 non mostra il cartello fuori dalla sala d'attesa, il Covid-19 ci dà notizia di sé sempre dopo. Era una comunicazione troppo forte? Troppo destabilizzante? Abbiamo davvero trascurato i nostri pazienti? Essi si sono sentiti trascurati, sicuramente, indubbiamente: ce lo hanno detto. E solo il medico sa quali solo le patologie serie e quelle non serie.

### ► Vogliamo fare i medici

Personalmente ho faticato moltissimo nel fare una cernita tra le sindromi psicologiche di poco conto riacutizzate post Covid-19 (sia pur meritevoli di ascolto sia chiaro) e le acuzie cardiorespiratorie, i sospetti segni di neoplasia, scompensi metabolici e, cer-

to, anche gli esordi psichiatrici. Probabilmente l'assetto di guerra post Covid ha rafforzato le paure dei malati cronici compensati, il loro ego li ha spinti nel campo minato a loro insaputa, una folle corsa, un lamento continuo di fronte ai cup aziendali in un momento non normale in cui gli stessi specialisti non potevano e non dovevano visitare come ai tempi ante Covid19.

I fruitori incongrui del Ssn sono e sono stati un rischio per la salute collettiva e antepo-ponendo le loro malattie agli altri hanno messo a rischio la vita propria e altrui.

Un comportamento censurabile e purtroppo misurabilissimo dagli amministratori dei sistemi sanitari. Anche questo è un punto da cui ripartire insieme, clinici, organizzatori dei sistemi sanitari e associazioni di utenti o malati; non una guerra contro qualcuno; nessuna tagliola per chi prescrive in modo inappropriato, non è questa la strada! Non una caccia al molesto. Ma sia chiaro al cittadino che ha una responsabilità verso gli altri e che esiste una salute collettiva: si veda il caso Stati Uniti dove il concetto di salute è riferito quasi esclusivamente al singolo.

Leggo di psicologi di famiglia, infermieri di famiglia, farmacisti 'di famiglia'. Leggo appunto, e attendo. Se le organizzazioni sindacali della medicina generale temono l'erosione di spazi sono fuori strada: dobbiamo affidare ad altri compiti non nostri.

Fa ribrezzo e ripeto ribrezzo che io (od il personale da me retribuito) debba fornire informazioni su esenzioni, piani terapeutici, materiali d'assorbimento, bonus vari. Vogliamo fare i medici.

# La qualità (da ritrovare) della Medicina Generale italiana

Esiste un solo modo per migliorare significativamente la medicina territoriale e le cure primarie in generale: istituire i Dipartimenti Universitari di Medicina Generale. La MG deve entrare nel curriculum *under graduate* della formazione medica e deve essere specialità accademica

**Giuseppe Maso** - *Presidente SIICP - Società Italiana Interdisciplinare Cure Primarie*

**D**a mesi tutti gli organi di informazione riportano la volontà del governo di cambiare la Sanità. Leggiamo che l'epidemia Covid ha messo in evidenza deficit strutturali e organizzativi del nostro sistema di erogazione delle cure. Questi problemi vanno "approfonditi" dice il ministro della Salute **Roberto Speranza**, le risorse del *Recovery Fund* ed eventualmente del *Mes* devono servire al "rilancio del territorio" e fare della casa il "primo luogo di cura". Il ministro ha presentato cinque livelli di riforma: tre assi verticali costituiti da territorio e sanità di prossimità, ospedali in rete e salute e ambiente; due assi trasversali composti da conoscenza della salute e innovazione digitale per il Sistema Sanitario. Ma tutto questo cosa può significare per la Medicina Generale (MG)? Leggiamo proposte di vari modelli organizzativi: case della salute, aggregazioni di vario tipo per i medici di famiglia, aggregazioni plurispecialistiche territoriali, telemedicina, passaggio alla dipendenza ecc. Ma siamo sicuri che il miglioramento delle cure primarie dipenda soltanto dai modelli organizzativi o dall'aumento delle risorse? Il cittadino italiano già ora può accedere liberamente alla MG, alla continuità assistenziale e al pronto soccorso, ha a disposizio-

ne uno squadramento di specialità che non ha pari in qualsivoglia altro paese. Allora perché molte domande non vengono soddisfatte? Perché un ricorso frequente e massivo alla medicina di secondo livello?

## ► Una Disciplina espropriata

A mio avviso esiste una sola causa di tutto ciò: la scarsa qualità media della Medicina Generale italiana. I medici di famiglia italiani si sono trovati, nel corso degli ultimi decenni, ad esercitare una professione sempre più espropriata di autonomia, di indipendenza, di abilità e di competenze. La burocrazia ha raggiunto dimensioni elefantache, al medico è stata impedita la prescrizione di farmaci per patologie frequenti come il diabete, lo scompenso cardiaco, la broncopatia cronica ostruttiva, le aritmie, le psicosi ecc. Questo non è avvenuto in nessun altro paese del mondo. Piani terapeutici, note prescrittive, prestazioni indotte da ambulatori specialisti hanno creato una sorta di fabbrica della visita specialistica che lavora a pieno ritmo. Nell'immaginario collettivo il Mmg non è lo specialista esercitante una disciplina fondamentale ma è il "medico di base" che deve fare quello che lo specialista gli dice di fare e, purtroppo, spesso questo è quanto

avviene. Qualsiasi modello organizzativo venga posto in atto sarà un fallimento se non si restituirà alla Medicina Generale la qualità. Il territorio è già sufficientemente coperto, abbiamo bisogno di competenze. Esiste un solo modo per migliorare significativamente la medicina territoriale e le cure primarie in generale: istituire i Dipartimenti Universitari di Medicina Generale. La medicina generale deve entrare nel curriculum *under graduate* della formazione medica e deve essere specialità accademica. Solo così potremmo definire le competenze e le abilità di questa disciplina, solo così non sarà espropriata di professione perché il campo di azione sarà chiaro e definito. Solo così avremo medici preparati, potrà essere definito un iter di carriera e potrà essere riconosciuto il merito. Solo così i giovani laureati potranno essere orgogliosi di scegliere questa professione. Non c'è bisogno di riorganizzare, qualsiasi organizzazione, se necessaria, nascerà spontanea. Abbiamo bisogno di competenze e abilità, merito e carriera. I fondi del *Recovery Fund* o del *Mes*, se saranno investiti nella creazione di Dipartimenti Universitari di Medicina Generale, riformeranno profondamente il nostro Ssn rendendolo più equo ed efficace.

# Covid-19, normative e gestione dei casi: un vademecum ad hoc

*Il nuovo "Vademecum Covid-19", realizzato dall'OMCeO di Palermo, in collaborazione con Fimmg Sicilia, è un pratico aiuto per i medici del territorio a districarsi tra le procedure e i comportamenti previsti dagli attuali riferimenti normativi e prende spunto proprio dai dubbi più frequenti espressi dalla professione*

**È** stato presentato di recente a Villa Magnisi, la sede dell'Ordine dei Medici di Palermo, il nuovo "Vademecum Covid-19" per la gestione del contagio da Coronavirus.

Il "Vademecum Covid-19" realizzato dall'OMCeO di Palermo, in collaborazione con la Fimmg Sicilia, ha come obiettivo quello di aiutare i medici a districarsi tra le procedure e i comportamenti previsti dagli attuali riferimenti normativi. "Dalla gestione dei focolai Covid e del singolo paziente alle segnalazioni dei casi sospetti, dalle certificazioni Inps per la quarantena ai rapporti con la scuola, ma anche un elenco dei contatti indispensabili per i medici di base", ha spiegato **Maria Fustaneo**, coordinatrice del *team* che ha redatto il documento. "Il documento è nato per fare ordine e liberare i medici da incertezze procedurali in modo da prestare le loro cure con serenità. Dal varo della legge Lorenzin, oggi gli ordini professionali hanno assunto un ruolo diverso - ha spiegato il presidente dell'OMCeO-PA **Toti Amato**, nonché componente del direttivo FNOMCeO -. In una nuova visione di istituzione pubblica dello Stato, siamo chiamati a sussidiare concretamente i possibili vuoti lasciati da altre istituzioni".

"Impariamo a conoscere la pandemia via via - ha precisato il segretario regionale Fimmg **Luigi Galvano**, vicepresidente vicario della Fondazione Enpam -. Il susseguirsi di decreti e disposizioni, non sem-

pre di univoca interpretazione, ha prodotto caos fra i sanitari e fra i cittadini. Da qui la necessità di avere uno strumento informatico di facile consultazione, in grado di uniformare il linguaggio tra tutti i medici. Sarà diffuso a tutte le categorie di professionisti costantemente aggiornato". Motivo per cui il "Vademecum Covid-19" è da intendersi in continua evoluzione in relazione all'emanazione di nuovi provvedimenti legislativi.

"Le criticità sono evidenti - ha sottolineato il vicepresidente dell'Ordine **Giovanni Merlino** - soprattutto nel rapporto tra medici del territorio, dipartimento della prevenzione e cittadini. Ci sono cittadini confinati a casa per un tampone che non arriva, quando la tempestività del risultato è indispensabile ai fini clinici per la diagnosi e per affrancare dalla quarantena i pazienti. A questo si aggiunge una comunicazione impossibile tra medici di medicina generale e dipartimento Prevenzione, certamente non per responsabilità dei colleghi, ma per carenze organizzative e strutturali".

Il documento elaborato include una nuova scheda di segnalazione che è stata condivisa con il dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria provinciale di Palermo.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone il PDF Vademecum

# App per la salute e soluzioni digitali vanno “prescritte”

*A pensarla così i medici di medicina generale, secondo i risultati di un'indagine del Centro studi della Fimmg. La ricerca è finalizzata a comprendere la visione della Medicina di Famiglia italiana sui temi della salute digitale, con l'obiettivo di definire una position paper su questi argomenti*

**P**er i medici di famiglia le soluzioni digitali (App, utilizzo di sistemi di diagnosi e cura digitale) dovrebbero essere «prescritte» dal medico e da lui governate come qualsiasi altra iniziativa di diagnosi e cura. È quanto emerge da un'indagine condotta dal Centro studi della Fimmg, presentata in occasione del 77° Congresso Nazionale a Villasimius. Lo studio è finalizzato a comprendere la visione della Medicina di Famiglia italiana sui temi della salute digitale, con l'obiettivo di definire una *position paper* su questi argomenti. È stato sottoposto all'attenzione dei dirigenti provinciali, regionali e nazionali del sindacato, un set di affermazioni relative a quattro aree specifiche: la Comunicazione medico-paziente, le App per la Salute, la Salute e le Cure digitali, le Piattaforme Digitali. I gradi di adesione a tali affermazioni e la loro univocità sono stati sottoposti ad analisi utilizzando una modalità scientificamente validata (metodo Delphi).

## ► Cosa pensano i Mmg

Gli aspetti emersi maggiormente caratterizzanti, che rappresentano l'orientamento della categoria, sono:

- Le soluzioni digitali (App, utilizzo di sistemi di diagnosi e cura digitale) dovrebbero essere «prescritte» dal medico e da lui governate come qualsiasi altra iniziativa di diagnosi e cura
- Le informazioni e i dati provenienti dall'uso delle soluzioni di «salute e medicina digitale» e della ICT applicata alla sanità dovrebbero confluire ed integrarsi con i dati assistenziali raccolti nei database dei gestionali ambulatoriali dei medici di famiglia.

- Le piattaforme digitali che aggregano e analizzano i dati provenienti dall'uso delle soluzioni di «salute e medicina digitale» dovrebbero essere governate e gestite dai sistemi organizzativi/associativi dei Mmg per poter controllare i processi assistenziali che derivano dalla gestione delle informazioni
  - Le soluzioni di «salute e medicina digitale» vengono considerate dai Mmg una opportunità per migliorare l'accessibilità alle prestazioni (distribuite ancora più capillarmente sul territorio: domicilio del paziente/studio del medico) e per estendere il contatto e la comunicazione medico-assistito.
  - Il microteam composto da Medico, Infermiere e Collaboratore di Studio, con il supporto dei Medici Specialisti, rappresenta l'unità operativa della Medicina di Famiglia che deve essere coinvolta nei percorsi assistenziali connessi all'uso di soluzioni riconducibili alla «salute e medicina digitale».
  - È necessario disporre, nell'uso di queste risorse, di processi, procedure e quadri normativi chiari e coerenti che garantiscano sicurezza ai pazienti e tutelino la responsabilità dei medici. In tale direzione è anche la richiesta che le soluzioni proposte siano accreditate e sottoposte ad adeguati percorsi certificativi.
- “È necessario che i Medici di Famiglia espongano la loro visione sulle tematiche della salute digitale” afferma **Paolo Misericordia**, responsabile del Centro Studi della Fimmg “Abbiamo utilizzato una metodologia scientificamente accreditata, il metodo Delphi, per definire gli orientamenti della nostra professione da riportare in una *position paper* della Fimmg sulla salute e cure digitali”.

# Gestione terapeutica dei pazienti cronici

La nuova piattaforma doFar è un valido alleato nello snellimento dell'attività del Mmg nella gestione della terapia nelle cronicità. Il sistema è in grado di assicurare l'aderenza terapeutica gestendo in sicurezza e semplificando l'intero percorso: dalla prescrizione alla dispensazione, all'assunzione del farmaco

La principale causa di inefficacia delle terapie farmacologiche e dei percorsi di cura, in particolare nei pazienti cronici, è la scarsa aderenza alle prescrizioni del medico, a cui ne consegue un impatto negativo sugli esiti clinici: aumento delle ospedalizzazioni, aggravamento delle patologie, maggiore mortalità, oltre a generare danni umani ed economici alla persona stessa e al sistema sanitario. Per di più la presenza di multimorbilità croniche, che determina l'impiego concomitante di più farmaci somministrati con schemi terapeutici di complessa gestione, può ridurre la compliance, aumentare il rischio di interazioni farmacologiche e reazioni avverse.

La sanità digitale e i sistemi di monitoraggio utilizzati dagli attori coinvolti nella gestione terapeutica - medici e farmacisti - e dai pazienti stessi e dalle loro famiglie sono oggi strumenti fondamentali per migliorare l'aderenza alle terapie. L'emergenza Coronavirus ha evidenziato la necessità di ampliare la sanità digitale, per assicurare la continuità assistenziale e gestire la cronicità. Ma non solo: il Mmg è così facilitato nella pianificazione degli accessi in ambulatorio, garantendo maggior sicurezza.

## ► Nuova piattaforma doFar

Un valido alleato a supporto dell'attività quotidiana del Mmg nella gestione della terapia dei pazienti cronici o per chi necessita di terapia che copra almeno un intero anno è la nuova piattaforma doFar, ideata in Italia. Coinvolgendo medico-farmacista-paziente il sistema modulare, attraverso un software, è in

grado di assicurare l'aderenza terapeutica gestendo in modo semplice e sicuro le prescrizioni ripetitive, semplificando l'intero percorso: dalla prescrizione alla dispensazione, all'assunzione del farmaco, sia per i medicinali a carico del Ssn sia per gli Otc, evitando le visite che hanno come unico scopo la prescrizione di farmaci ripetitivi e liberando tempo da dedicare ad altri assistiti. Al contempo si riduce anche il carico di lavoro che deve gestire la segreteria dello studio medico per la richiesta e l'emissione delle ricette.

## ► In pratica

Il servizio è acquistabile direttamente dal paziente, mentre per medici e farmacisti l'adesione è completamente gratuita. Due possibilità di abbonamento, Smart o Plus, ma per entrambi il paziente non deve più preoccuparsi di controllare le dosi rimanenti dei farmaci, né fare richiesta al medico della nuova prescrizione, né ritirare la prescrizione.

Dopo l'iscrizione del paziente, il software effettua una prima elaborazione sui dati della terapia del paziente stabiliti dal Mmg, determinando la quantità di confezioni di farmaci necessarie nell'arco dell'anno, programmando le richieste di prescrizioni successive.

La gestione avviene anche con le ricette elettroniche e il Mmg può continuare ad usare i suoi sistemi gestionali.

Al medico curante viene trasmesso via mail il "Memorandum Ricette", il documento mensile nel quale sono riportate le indicazioni necessarie per la predisposizione delle prescrizioni da

preparare, riceve i promemoria cartacei dei pazienti relativi alle prescrizioni predisposte e trasmette i promemoria cartacei delle prescrizioni alla farmacia di fiducia scelta dal paziente al momento della iscrizione, facilitando la predisposizione di farmaci attivi. I farmaci dovranno essere ritirati personalmente dal paziente in un giorno prestabilito oppure dal corriere che si occuperà di effettuare la consegna presso il domicilio del paziente.

Al paziente non è richiesta nessuna dotazione tecnologica per usufruire del servizio perché le comunicazioni avverranno telefonicamente o tramite sms. Qualora il paziente fosse fornito di personal computer e connessione internet, le comunicazioni con l'Help Desk si avvarranno anche del canale telematico.

Un ulteriore valore aggiunto per il paziente che dispone di uno smartphone o tablet è l'App doFar, che tra gli altri servizi, avvisa quando è l'ora di prendere il farmaco. Inseriti gli orari e le modalità di assunzione per ciascun farmaco il paziente verrà avvisato da un allarme sonoro e in mancanza di un riscontro, l'app avvisa un familiare/referente, indicato in precedenza dal paziente stesso.

## INFO BOX

• [www.dofar.it](http://www.dofar.it) • Help Desk: 070.464646



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il video illustrativo della piattaforma doFar

# AGGIORNAMENTI

---

---

---



## ■ ARITMOLOGIA

*Fibrillazione atriale e terapia precoce del ritmo*

## ■ DERMATOLOGIA

*Ferite di difficile guarigione, evidenze per la luce Led blu*

## ■ ENDOCRINOLOGIA

*Obesità in aumento, rivedere i valori del BMI?*

## ■ EPATOLOGIA

*Screening HCV e coinvolgimento della Medicina Generale*

## ■ GASTROENTEROLOGIA

*Protezione della mucosa gastrica nella disbiosi iatrogena*

## ■ PSICHIATRIA

*Pandemia ed equilibrio mentale: il valore della resilienza*

## ■ ARITMOLOGIA

### Fibrillazione atriale e terapia precoce del ritmo

I pazienti con fibrillazione atriale (FA) di nuova diagnosi traggono beneficio da una terapia precoce di controllo del ritmo. Sono i risultati dello studio EAST-AFNET 4.

Generalmente la terapia per il controllo del ritmo è ritardata, a meno che i pazienti non abbiano sintomi persistenti. Lo studio ha esaminato se la terapia con farmaci antiaritmici o ablazione somministrate tempestivamente subito dopo la diagnosi migliora i risultati.

“Il rischio di gravi complicanze CV e morte nei pazienti con FA è più alto nel primo anno dopo la diagnosi. Ciò suggerisce che la terapia precoce potrebbe essere più vantaggiosa”, ha affermato il ricercatore principale, Paulus Kirchhof dell'Università Heart and Vascular Center UKE di Amburgo. “Inoltre, la FA provoca danni atriali entro poche settimane dall'insorgenza. La terapia precoce di controllo del ritmo potrebbe ridurre o prevenire il danno”.

#### ► Lo studio

Nel trial multicentrico sono stati arruolati 2.789 pazienti nel primo anno di diagnosi di fibrillazione atriale e con almeno due condizioni CV. I soggetti sono stati randomizzati 1:1 alla terapia precoce di

controllo del ritmo o alle cure abituali. I pazienti di entrambi i gruppi hanno ricevuto un trattamento per condizioni cardiovascolari concomitanti, per il controllo della frequenza e anticoagulanti.

Il gruppo “terapia precoce” ha ricevuto antiaritmici o ablazione transcateretere. La terapia di controllo del ritmo è stata intensificata quando la FA ricorrente è stata documentata clinicamente o mediante ECG, compreso l'automonitoraggio del paziente stesso.

Il gruppo di cura abituale è stato inizialmente gestito con controllo della frequenza. La terapia di controllo del ritmo è stata utilizzata solo per mitigare i sintomi gravi correlati alla FA nonostante il controllo ottimale della frequenza, seguendo le linee guida attuali.

L'outcome primario era composto (morte CV, ictus, peggioramento dell'insufficienza cardiaca e sindrome coronarica acuta). Il secondo outcome era il numero di notti trascorse in ospedale all'anno.

Durante un follow-up mediano di 5 anni, l'esito primario si è verificato in 249 pazienti in terapia precoce e in 316 pazienti che ricevevano cure abituali. La riduzione del rischio assoluto con il controllo precoce del ritmo è stata

dell'1.1%/anno. Il beneficio clinico del controllo precoce del ritmo era coerente in tutti i sottogruppi, inclusi i pazienti asintomatici o senza insufficienza cardiaca. Tutti i componenti dell'outcome primario si sono verificati numericamente meno spesso nei pazienti randomizzati alla terapia precoce e la morte cardiovascolare e l'ictus erano significativamente ridotti rispetto alle cure usuali. Non si segnala una differenza tra i due gruppi per il numero delle notti trascorse in ospedale.

L'outcome primario di sicurezza non differiva tra i gruppi. Le complicanze della terapia per il controllo del ritmo erano più comuni nei pazienti in terapia precoce, ma si sono verificate raramente, in linea con altri recenti studi sul controllo del ritmo.

#### ► Commento degli autori

La terapia per il controllo del ritmo iniziata subito dopo la diagnosi di fibrillazione atriale riduce le complicanze CV, non aumentando il tempo trascorso in ospedale e senza problemi di sicurezza. Questi risultati hanno il potenziale per modificare la pratica clinica verso la terapia per il controllo del ritmo subito dopo la diagnosi di fibrillazione atriale - hanno commentato gli autori dello studio.

#### BIBLIOGRAFIA

- Kirchhof P et al. Early rhythm-control therapy in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2020; 383: 1305-16

■ DERMATOLOGIA

## Ferite di difficile guarigione, evidenze per la luce Led blu

Circa il 25% dei pazienti con lesioni di varia natura, prevalentemente vascolare, non rispondono alla terapia standard. Da tempo si sta studiando il ruolo della terapia fotonica. Una promettente innovazione italiana è la dimostrazione, da parte dell'Istituto di Fisica Applicata Nello Carrara del CNR, che determinate lunghezze d'onda della luce visibile nell'intervallo del blu sono in grado di aiutare, in modo naturale, il processo di guarigione delle lesioni cutanee. Gli studi sperimentali sono iniziati nel 2006 e dopo avere riscontrato l'effetto immediato della fotocoagulazione è stato seguito anche il processo di guarigione delle ferite, verificando una loro migliore riparazione, in tempi più rapidi, rispetto a quelle non trattate. Inoltre, si è verificato che il collagene che si andava a ricostituire nella ferita trattata, aveva una morfologia molto simile a quella "naturale". La possibilità attraverso la luce Led blu di riavviare il processo fisiologico di guarigione di una ferita che, a causa di una patologia, un'infezione o carenze metaboliche, può essersi arrestato, rendendo la ferita cronica, costituisce un traguardo, considerando che si stima che nel nostro Paese siano colpite 2 milioni di persone.

► **Risultati clinici**

"Nel nostro Centro abbiamo iniziato con una sperimentazione ad utilizza-

re il dispositivo medico a luce Led blu Emoled come terapia delle lesioni cutanee - spiega **Marco Romanelli**, Ordinario di Dermatologia, Università degli Studi di Pisa - su pazienti con lesioni di varia natura, prevalentemente ulcere venose, vasculitiche di difficile guarigione o lesioni traumatiche *non risponder* alla terapia standard, con risultati molto incoraggianti, considerando che quasi tutti i pazienti trattati hanno ottenuto un significativo miglioramento. Dei 20 pazienti trattati nelle quattro settimane 18 hanno ottenuto una significativa riduzione della superficie dell'ulcera, due dei quali sono guariti completamente; soltanto due pazienti non hanno risposto al trattamento.

Alla quarta settimana, quasi tutti i pazienti (19 su 20) hanno registrato una riduzione del dolore (NRS medio iniziale: 6,35; NRS medio finale: 2,35), mentre tutti i pazienti hanno riportato un miglioramento del letto della ferita (WBS - Wound Bed Score - medio iniziale: 9,35; WBS medio finale: 12,8). Non sono stati riportati eventi avversi e tutti i pazienti hanno completato lo studio.

Si trattava di ulcere presenti in media da due anni. Il trattamento è ambulatoriale, della durata di pochi minuti, indolore, e dopo la medicazione il paziente può tornare subito presso il proprio domicilio. La frequenza del trattamento, infine, non deve essere troppo ravvici-

nata, perché più si mantiene la ferita in un ambiente ottimale, più le cellule si riparano fino alla guarigione. Non sono stati riportati eventi avversi e tutti i pazienti hanno completato lo studio".

Un altro studio italiano multicentrico prospettico e controllato, ha coinvolto 90 pazienti in 7 Centri distribuiti uniformemente in tutta Italia, per 10 settimane, tra aprile 2018 e settembre 2019. *BLUR - Blue Light for Ulcer Reduction* ha dimostrato che lo stesso dispositivo in aggiunta alla terapia *Standard of Care - SoC*, si è rivelato sicuro e superiore alla sola SoC. Tale risultato è particolarmente evidente nelle ulcere venose. Alla settimana 10, le ferite trattate con il dispositivo medico e SoC mostravano un'area residua più piccola rispetto al solo SoC: 42.1% vs 63.4% (p=0.029). I pazienti hanno, inoltre, riferito una significativa riduzione del dolore. Lo studio è in attesa di pubblicazione.

"In seguito a questi ottimi risultati raggiunti sulle ulcere croniche - conclude Romanelli - stiamo esplorando altre applicazioni in dermatologia, come le patologie infiammatorie importanti, quali la dermatite atopica, nei casi che non rispondono alle terapie tradizionali".

**BIBLIOGRAFIA**

- Dini V, Romanelli M et al. Blue light emission in the management of hard-to-heal wounds. *G Ital Dermatol Venereol* 2020; 155. DOI: 10.23736/S0392-0488.20.06691-2.



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

## ■ ENDOCRINOLOGIA

### Obesità in aumento, rivedere i valori del BMI?

L'indice di massa corporea (BMI), il dato biometrico che mette in correlazione il peso corporeo con l'altezza, è comunemente utilizzato nella valutazione di sovrappeso e obesità. Tuttavia il BMI presenta dei limiti, poiché non tiene conto di alcune differenze (sesso, età, etnia) e non distingue massa grassa e massa magra. È ben noto invece che l'accumulo di grasso intorno alla vita sia particolarmente dannoso, soprattutto come fattore di rischio per malattie cardiovascolari.

Una recente metanalisi che ha analizzato 72 studi prospettici ha indicato che la maggior parte degli indici di grasso centrale tra cui circonferenza della vita, rapporto vita-fianchi, rapporto vita-altezza, indice di adiposità corporea e indice di forma del corpo (ABSI), indipendentemente dall'adiposità complessiva, sono positivamente e significativamente associati ad un più alto rischio di mortalità per tutte le cause, mentre una maggiore circonferenza dell'anca e della coscia sono associate a un rischio inferiore. I risultati della metanalisi suggeriscono che le misure dell'adiposità centrale potrebbero essere utilizzate come approccio supplementare, in combinazione con il BMI, per determinare il rischio di morte prematura.

#### ► **BMI, aggiornare le linee guida**

È un dato confermato che l'obesità è associata allo sviluppo di forme gravi di Covid-19 e ad una maggiore mortalità. I risultati di uno studio dell'Università di Bologna, basato sui dati di circa cinquecento pazienti, mostrano che tra i pazienti affetti da Covid-19, un BMI >30 è associato ad un rischio maggiore di sviluppare insufficienza respiratoria, di necessitare il ricovero in terapia intensiva e di mortalità, indipendentemente da età, genere e presenza di altre patologie. "Le linee guida connesse al BMI, ovvero BMI >40, andrebbero riviste in modo da includere tutte le persone che sono maggiormente a rischio di sviluppare forme gravi della malattia. Si tratta di un elemento da non sottovalutare soprattutto nei Paesi occidentali, che presentano livelli più alti di diffusione dell'obesità" - suggeriscono i ricercatori bolognesi. Nel frattempo, gli studiosi invitano la popolazione e il personale medico a prestare attenzione al maggiore rischio che corrono tutte le persone affette da obesità di ogni tipo.

#### ► **Numeri italiani**

In Italia la prevalenza di persone in sovrappeso e con obesità cresce con l'età, tanto che se l'eccesso di peso riguarda 1 minore su

4, la quota quasi raddoppia tra gli adulti, raggiungendo oltre il 46% tra le persone di 18 anni e oltre. La prevalenza maggiore si riscontra in entrambi i generi nella classe 65-74 anni (circa 61%) e, mentre la maggioranza degli uomini presenta un eccesso ponderale già a partire dai 45 anni, per le donne ciò si verifica dopo i 65 anni. Negli ultimi 30 anni, è stato registrato un aumento di incidenza dell'eccesso di peso pari al 30% ed emerge prepotentemente il ruolo del territorio di origine. Questi sono alcuni degli aspetti evidenziati dal rapporto Istat realizzato per l'Italian Obesity Barometer Report, presentato il 6 ottobre al 2° Italian Obesity summit-Changing Obesity meeting.

I confronti temporali, analizzati per genere e classe di età tra gli adulti hanno evidenziato degli incrementi specifici, in particolare tra le donne dai 18 ai 45 anni (in media +15%) e per le persone dai 75 anni in entrambi i generi, dove per gli uomini si riscontra addirittura un aumento del 20%. Per l'obesità le differenze di genere si sono leggermente acuite nel tempo, in quanto l'aumento ha riguardato in misura maggiore gli uomini, soprattutto a partire dai 55 anni.

#### — BIBLIOGRAFIA —

- Jayedi A et al. Central fatness and risk of all cause mortality: systematic review and dose-response meta-analysis of 72 prospective cohort studies. *BMJ* 2020; 370: m3324.
- Rottoli M et al. How important is obesity as a risk factor for respiratory failure, intensive care admission and death in hospitalised COVID-19 patients? Results from a single Italian centre. *Eur J Endocrinology* 2020; 183: 389-97.

■ EPATOLOGIA

## Screening HCV e coinvolgimento della Medicina Generale

**L**a good news è l'assegnazione del Nobel per la Medicina 2020 ad Harvey J. Alter, Michael Houghton e Charles M. Rice per la scoperta del virus dell'epatite C. Per primi hanno saputo individuare un virus responsabile di una malattia fino a poco tempo fa incurabile, contribuendo così a salvare molte vite. La loro scoperta, afferma la Fondazione Nobel, "ha rivelato la causa di molti casi di epatite la cui origine non era ancora stata scoperta, aprendo la via alla possibilità di fare diagnosi attraverso l'analisi del sangue e mettere a punto farmaci che hanno salvato milioni di vite".

Tuttavia l'obiettivo di eliminazione dell'epatite C entro il 2030 fissato dall'Oms grazie all'innovazione della disponibilità di nuovi farmaci antivirali ad azione diretta (DAA), che permettono di eradicare il virus in maniera definitiva e in tempi rapidi, è messo in discussione dal rallentamento provocato dalla pandemia Covid-19.

Ancora prima dei trattamenti, devono essere realizzati gli screening, fondamentali per identificare il "sommerso" dei soggetti che non sanno di aver contratto il virus, che si stima siano tra i 200 e i 300mila in Italia. Questi temi sono al centro del progetto Moon di Abbvie: una serie di webinar per

mettere a confronto i medici, affinché facciano rete per trovare strategie efficaci.

► **Dati italiani**

In Italia vi sono almeno 200mila pazienti con cirrosi epatica, dovuta nel 50% dei casi all'HCV (il resto 20% alcool, 20% NAFLD, 10% HBV). Ne muoiono almeno 20mila per anno, di cui la metà per lo sviluppo di un carcinoma epatocellulare che si sovrappone alla cirrosi. "Le terapie antivirali stanno significativamente riducendo la mortalità per HCV e HBV, anche se non cancellano il rischio di cancro. I numeri totali della cirrosi rimangono immutati perché aumenta la mortalità da NAFLD, spiega **Antonio Craxi**, Ordinario di Gastroenterologia, Università degli Studi di Palermo. Lo screening per HCV dovrebbe consentire il completamento dei programmi di eradicazione del virus. La pandemia ha tuttavia rallentato in maniera assai significativa l'avvio del programma e in ogni caso delle terapie anti-HCV. Si calcola che un ritardo di un anno nella cura per l'epatite C peserà fra 5 anni in aumento di circa 7mila morti per cirrosi da HCV, solo per l'Italia".

Il rischio che scaturisce dall'HCV non è esclusivamente epatologico, ma si estrinseca anche a livello si-

stemico. L'eradicazione del virus permette in molti casi la cura non solo della malattia epatica ma ne impedisce la sua progressione anche nell'ambito extraepatico. Questa nuova e più ampia visione dell'infezione ha portato ad una stretta collaborazione interdisciplinare con lo scopo di individuare e trattare soggetti HCV positivi esclusi dal trattamento antivirale fino all'avvento dei DAA. Quest'ultimi hanno mostrato efficacia e sicurezza praticamente in tutti i soggetti HCV positivi senza limitazioni di età e copatologie.

► **Collaborazione con la Medicina Generale**

"Al fine di favorire l'emersione del sommerso, dovranno essere ulteriormente potenziate le collaborazioni fra medicina territoriale e centri prescrittori. In particolare, questi ultimi dovranno ottimizzare i loro rapporti con i SERD - evidenzia **Maurizia Brunetto**, Direttore UO Epatologia - Centro di Riferimento Regionale per la diagnosi e il trattamento delle epatopatie croniche e del tumore di fegato, AOU Pisana. Sarà cruciale riuscire ad ottenere un più pieno coinvolgimento dei medici di medicina generale, che devono diventare i protagonisti del percorso di cura grazie all'identificazione del soggetto infetto. Inoltre, sarà fondamentale creare percorsi semplici per accedere allo screening e quindi al trattamento: in questo momento il soggetto affetto da HCV ma asintomatico evita le strutture sanitarie per timore dell'infezione da SARS-CoV2 ed è ancora più difficile da individuare".

## ■ GASTROENTEROLOGIA

### Protezione della mucosa gastrica nella disbiosi iatrogena

L' aumento di pazienti sottoposti a polifarmacoterapia soprattutto per la gestione di patologie croniche è ormai una realtà con cui il medico di famiglia si confronta quotidianamente. Tra le problematiche riferibili all'assunzione prolungata di farmaci (per es. medicinali per il trattamento dell'iperacidità gastrica, antibiotici, chemioterapici, Fans), un'attenzione particolare è oggi rivolta allo studio delle alterazioni del pH gastrico. Il ruolo dello stomaco è anche quello di agire da filtro ecologico, come funzione barriera dai microrganismi, ma alcuni fattori come età, alimentazione, terapie farmacologiche possono essere la causa della variazione del suo pH fisiologico (1.5). "Le ricerche sulle patologie gastriche e sul ruolo di alcuni farmaci (come i PPI) hanno dimostrato che le alterazioni del pH gastrico e il suo spostamento dall'acidità verso la neutralità causano una diminuzione della barriera protettiva nei confronti di germi patogeni, rendendo così il paziente più suscettibile alle infezioni ed esponendolo al rischio di una serie di disturbi funzionali e di patologie, oggi ben definiti anche per il ruolo emergente del microbiota gastrico - spiega ad *M.D.* il prof. **Emanuele Salvatore Aragona**, Responsabile Centro di Medicina Rigenerativa, dell'Istituto Clinico Humanitas Mater Domini di Castellanza (VA).

Nel contesto acido la specificità del microbiota gastrico assicura la funzionalità e il benessere dell'ambiente. Le patologie gastriche o le patologie che richiedono terapie prolungate alterando l'acidità gastrica compromettono l'equilibrio del microbiota lasciando così spazio a microrganismi che non sono residenti nell'ambiente gastrico. Una compromissione significativa e prolungata dell'acidità intragastrica è sufficiente per indurre una proliferazione batterica significativa e patologica esponendo il paziente al possibile aumento del rischio di motilità funzionale come le dispepsie, infezioni di origine alimentare, malattie intestinali e alterazioni del microbiota intestinale. Queste approfondimenti hanno portato ad alcune considerazioni che hanno avuto come obiettivo la protezione della mucosa gastrica con modelli di intervento non farmacologici sia in prevenzione primaria sul soggetto sano sia nei confronti dei pazienti cronici e fragili, come gli oncologici.

#### ► Modelli di intervento

Uno studio osservazionale di Del piano e coll (*J Clinical Gastroenterology* 2012; 46: S18-S26) ha evidenziato la possibilità di antagonizzare un'aumentata proliferazione batterica in pazienti che assumevano PPI a lungo termine apportando un gruppo selezionato di lattobacilli, la classe più presente nello stomaco.

A partire da questa sperimentazione e dall'assunto che lo studio dei possibili effetti favorevoli di miscele di "ceppi" deve essere specifico, e non limitarsi a "sommare" le evidenze relative agli effetti dei vari ceppi miscelati, sono stati condotti altri studi, con probiotici mirati, tra cui una composizione di alcuni ceppi selezionati di lattobacilli (*L. rhamnosus*, *L. pentosus*, *L. plantarum*, *L. delbrueckii*), contenente anche N-acetilcisteina, in grado di inibire in modo efficace la formazione del biofilm del batterio.

Ulteriori evidenze di efficacia sono emerse da due studi osservazionali, in fase di pubblicazione, che hanno coinvolto 3.000 pazienti in Gastroenterologia e Oncologia.

In particolare uno studio ha testato questa associazione biodisponibile in soluzione acquosa per 10 giorni in pazienti sottoposti a trattamento a lungo termine con PPI (>12mesi) rispetto a soggetti trattati a breve termine (3-12 mesi) e con la popolazione normale. Nei soggetti di controllo che non assumevano PPI, i batteri appartenenti al genere *Lactobacillus* rappresentavano circa il 14% della microflora gastrica totale al basale, mentre nelle persone che assumevano PPI per >12 mesi, i lattobacilli contavano per circa il 3% dei batteri totali, suggerendo quindi che la maggior parte del microbiota gastrico era composta da altri gruppi microbici potenzialmente dannosi. Al termine dell'integrazione con la formulazione attiva nei soggetti in terapia, i lattobacilli costituivano il 98% dei batteri totali nel succo gastrico.

Bibliografia disponibile a richiesta

## ■ PSICHIATRIA

### Pandemia ed equilibrio mentale: il valore della resilienza

In che modo la pandemia e gli interventi messi in campo per contenerla come il lockdown hanno inciso sull'equilibrio mentale dei singoli? C'è stato un aumento della sofferenza o, al contrario, le persone hanno gestito in modo resiliente la situazione, benché del tutto inedita e fonte di stress? Il tema stato approfondito da **Giovanni de Girolamo**, Direttore UO Psichiatria Epidemiologica e Valutativa all'IRCCS Fatebenefratelli di Brescia, intervenuto al Festival della Scienza Medica di Bologna di ottobre.

Va specificato che l'isolamento imposto dal lockdown e la necessità del distanziamento (fisico, non sociale) è una condizione diversa dalla solitudine: in una prospettiva psicologica la solitudine è una condizione soggettiva di chi non percepisce legami sociali in maniera soddisfacente, mentre l'isolamento è caratterizzato da una mancanza oggettiva di interazioni sociali. Questo implica che ci si può trovare isolati, ma non soli, mentre ci si può sentire profondamente soli anche trovandosi all'interno di una folla.

"In questi mesi sono state condotte diverse ricerche - ha affermato de Girolamo - ma la loro stessa modalità di somministrazione on line e l'assenza di serie strategie di campionamento o protocolli di studio ed altri limiti metodologici ne hanno fal-

sato gli esiti, mostrando percentuali altissime di persone, circa il 40%, che denunciavano malessere emotivo o veri e propri disturbi mentali. Dunque indagini che andrebbero valutate con molta cautela.

#### ► Stress-related growth

Ben diversi i risultati dello studio Lora condotto in Germania per 8 settimane durante il picco pandemico su 523 persone già analizzate nei tre anni precedenti: l'84% degli intervistati non ha riferito alcun malessere, anzi un miglioramento dello stato psicologico; l'8% ha denunciato un iniziale disagio poi rientrato; solo il restante 8% si è mostrato vulnerabile di fronte alle mutate condizioni di vita. Dati che non sorpremono: studi condotti su popolazioni sottoposte a gravi eventi traumatici (uragani, guerre, attacchi terroristici) dimostrano che non necessariamente le popolazioni di fronte a tali accadimenti soffrono di malessere psicologico, ad eccezione dei disturbi post-traumatici da stress che riguardano chi è stato più esposto, per aver sperimentato lesioni fisiche o la morte dei propri cari. A far male non è la quantità di stress a cui si è esposti, bensì il modo in cui esso viene processato mentalmente (*mind set*) - ha spiegato de Girolamo. Anzi, le situazioni stressanti possono rinforzarci psicologica-

mente - la cosiddetta *stress-related growth* - e il confronto con una condizione collettiva di stress può rafforzare un sentimento di appartenenza e destino comune e riorientare i rapporti, a partire da nuove priorità e atteggiamenti più positivi".

La resilienza insomma è una reazione più naturale di quanto si possa pensare: uno studio condotto in 6 dipartimenti della Lombardia ci ha mostrato una diminuzione dei ricoveri psichiatrici nei mesi del lockdown, non solo per la paura dei contagi in ospedale, ma anche alla diminuzione dei fattori di stress quotidiano che scatenano il malessere". Un malessere che de Girolamo lega anche alla cosiddetta "infodemia", cui in questi mesi siamo stati sottoposti: "l'esplosione di pubblicazioni scientifiche ha reso difficile l'orientamento sia ai professionisti che tanto più, al pubblico "laico", diventando fonte di ansia.

La vera sfida del presente e del futuro è battersi per un'informazione sobria, accurata e verificabile: lì si devono orientare gli sforzi per evitare che l'informazione, invece di produrre effetti benefici, ad esempio promuovendo l'adozione di comportamenti di cautela, diventi fonte di panico".

#### BIBLIOGRAFIA

- Chmitorz A et al. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2020; Online ahead of print.
- Clerici M et al. *J Psychol Med* 2020; 5:1-8.
- [www.bolognamedicina.it](http://www.bolognamedicina.it)
- In <https://piattaformaventiventi.genusbononiae.it> è possibile visualizzare l'intervento di Giovanni de Girolamo

# Diagnosi e terapia del dolore in MG: approccio pratico

Il dolore rappresenta una delle più frequenti cause di accesso all'ambulatorio del Mmg. La nostra intenzione è di fornire un metodo pratico di approccio al paziente, che abbia l'obiettivo di definire il tipo di dolore attraverso un esame obiettivo finalizzato alla scelta razionale dei farmaci da utilizzare per il trattamento

**Massimiliano Franco** - Medico di medicina generale, Pavia

Il primo concetto su cui è fondato l'approccio al paziente con dolore che afferrisce all'ambulatorio del medico di medicina generale riguarda lo scopo della visita algologica: esso non sta nella diagnosi eziologica della patologia che causa il dolore, ma nell'individuazione del meccanismo fisiopatologico alla base della sintomatologia dolorifica, trovando il suo punto di origine a livello della via somato-sensoriale. Di fronte ad un paziente che lamenta dolore utilizzeremo quindi un duplice approccio, che corre su due binari paralleli ma distinti. Un binario seguirà l'approccio tradizionale ad un paziente che manifesta un sintomo: la ricerca eziologica della patologia che causa il disturbo. Affiancato a questo percorreremo un secondo binario: la ricerca del sito in cui il dolore si genera. Ci metteremo cioè alla ricerca del cosiddetto "Pain Generator". Perché intraprendere questo doppio percorso? L'approccio tradizionale di diagnosi e terapia può implicare tempi medio-lunghi per giungere alla diagnosi e alla terapia eziologica; di fronte ad un paziente che presenta un sintomo invalidante quale è il dolore abbiamo però la necessità di intervenire rapidamente con una te-

rapia che migliori la qualità della vita del paziente nei tempi più brevi possibili, controllando il dolore. Per fare ciò non serve necessariamente una diagnosi eziologica, ma una diagnosi del tipo di dolore a cui siamo di fronte. Questo è il secondo binario che percorreremo per attuare una terapia razionale sul dolore che ci troviamo a trattare.

## Cos'è il Pain Generator

Il Pain Generator è il punto della via somato-sensoriale in cui nasce lo stimolo doloroso. La sensibilità dolorifica percorre la via sensitiva somato-sensoriale: essa inizia nel recettore posto nel tessuto periferico, risale attraverso il nervo sensitivo fino al midollo spinale e da qui giunge alla corteccia sensitiva del lobo parietale (figura 1). Il Pain Generator è situato in un punto di questa via: tramite l'esame obiettivo noi cercheremo di individuarlo. Localizzare il Pain Generator ci permetterà una scelta razionale e mirata del farmaco con cui trattare il dolore, sulla base del meccanismo fisiopatologico del dolore stesso. La via nervosa somato-sensoriale

è costituita da:

- **Nocicettore tissutale:** recettore posto nei tessuti periferici. Raccoglie lo stimolo doloroso e lo trasforma in impulso elettrico.
- **Via nervosa sensitiva periferica:** è il nervo sensitivo, che trasporta lo stimolo dal nocicettore al midollo spinale.
- **Vie ascendenti sensitive spinali:** conducono l'impulso nel midollo spinale fino al talamo.
- **Talamo:** centralina di smistamento degli impulsi sensitivi provenienti dalla periferia.
- **Corteccia sensitiva parietale:** porta a livello di coscienza la sensibilità, compresa quella dolorosa.

### ► Dove può essere situato il Pain Generator?

Dove può nascere lo stimolo doloroso? Cioè: dove può localizzarsi il pain generator?

- Nel **recettore tissutale**
  - Nella **fibra nervosa lesa**
  - Nel **sistema di modulazione del sistema nervoso centrale**
- Il metodo che vi proporremo permetterà di capire in quale di queste 3 sedi è localizzato il Pain Generator.
- **Recettore tissutale:** il recettore tissutale eccitato scarica e genera la sintomatologia dolorosa, per

esempio a causa di un'ustione solare o per un trauma articolare. Il recettore scarica poiché riceve un segnale di pericolo per l'organismo e lo convoglia alla corteccia, cioè a livello di coscienza.

In queste circostanze tale recettore sta svolgendo il suo ruolo di sentinella di allarme per segnalare un pericolo: per questo si parla di dolore fisiologico. Questo tipo di dolore è il dolore nocicettivo.

I recettori periferici sono recettori ad alta soglia: scaricano solo per stimoli che hanno una elevata energia. Nelle lesioni dei tessuti periferici spesso si innescano fenomeni infiammatori. Le interleuchine e le citochine che vengono rilasciate in presenza di infiammazione abbassano la soglia del nocicettore, che in queste condizioni scarica anche per stimoli a soglia più bassa rispetto a quelli a cui scarica in condizioni di normalità.

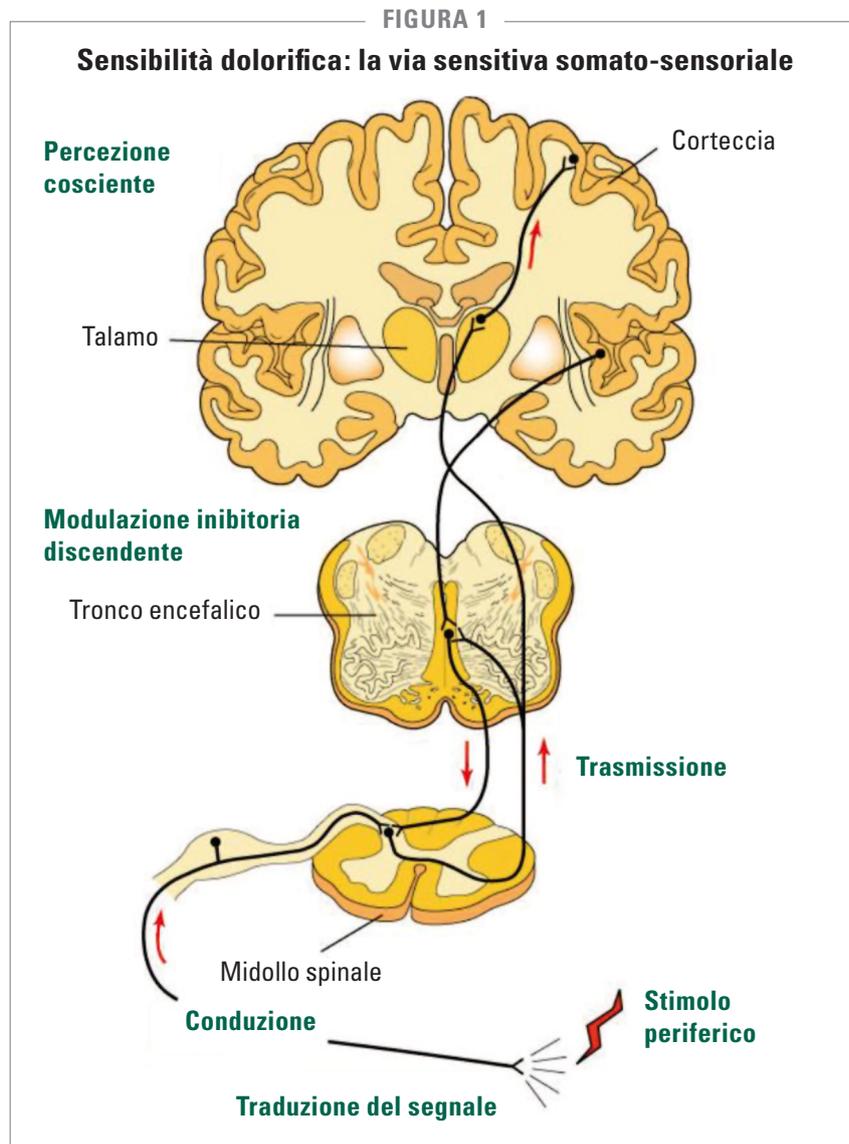
In questa condizione di soglia ridotta, uno stimolo che solitamente non genererebbe dolore, perché di intensità sotto la soglia fisiologica del nocicettore, può provocare dolore, poiché l'infiammazione ne ha abbassato la soglia.

Quando uno stimolo che fisiologicamente non provocherebbe dolore determina dolore si parla di allodinia primaria (figura 2).

È un concetto importante poiché nell'esame obiettivo cercheremo l'allodinia; il trovarla o meno ci darà informazioni sostanziali per la scelta della terapia.

Se l'infiammazione è intensa, la soglia del nocicettore può arrivare ad azzerarsi. In questa situazione il dolore diventa spontaneo, cioè è presente anche in assenza di stimoli.

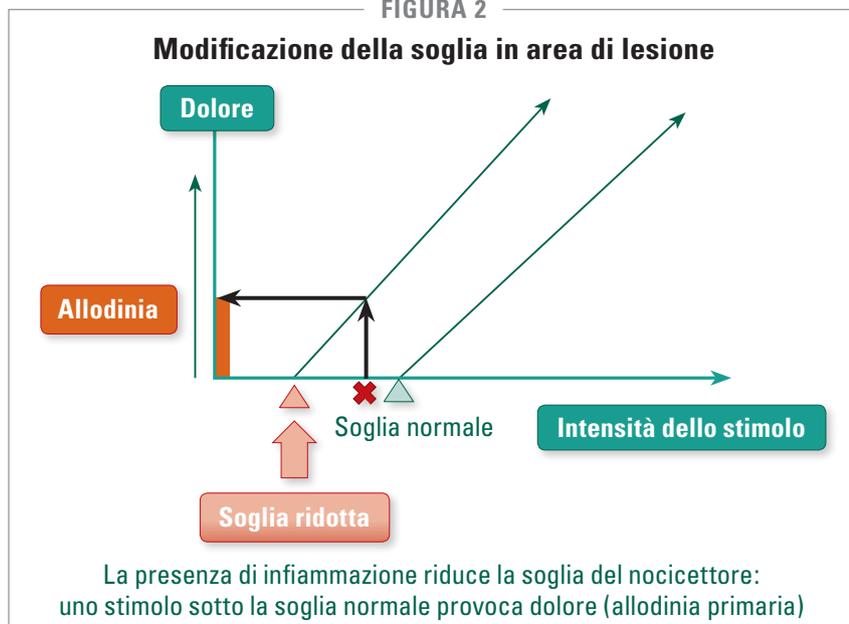
In questo caso il dolore nasce in periferia, nel nocicettore; esso ha una soglia ridotta a causa dell'infiammazione. Si parla così di **dolore nocicettivo infiammatorio**.



Esiste però anche un dolore nocicettivo non infiammatorio: un dolore cioè che nasce nel nocicettore periferico, che presenta tuttavia una soglia normale e che scarica poiché lo stimolo è ad elevata energia. Il tipico esempio di questo tipo di dolore è il dolore articolare da artrosi. In questa situazione la cartilagine articolare è consumata ed i nocicettori della corticale ossea non sono più "protetti" dalla cartilagine stessa; quando il paziente uti-

lizza l'articolazione il nocicettore è sottoposto ad uno stimolo meccanico ad elevata energia e scarica, provocando dolore. A riposo invece non vi è sollecitazione meccanica ed il nocicettore non scarica. Si parla di **dolore meccanico strutturale**: è un dolore assente a riposo - poiché non è presente stimolazione meccanica - e che insorge durante il carico, quando i nocicettori sono sottoposti a stimoli ad elevata energia.

FIGURA 2



• **Fibra nervosa lesa:** lo stimolo doloroso può originare da una lesione della fibra nervosa sensitiva. Il dolore in questo caso nasce da una struttura che non è deputata a generare tale stimolo, poiché la sua funzione è quella di trasmettere l'impulso, non di originarlo. Per questo si parla di dolore da sito ectopico.

Si tratta del **dolore neuropatico**. Il dolore neuropatico presenta alcune caratteristiche peculiari. È percepito nel territorio innervato dalle fibre nervose lese, non nel punto in cui è effettivamente presente il danno. Inoltre il dolore neuropatico si presenta associato ad un deficit di sensibilità: il dolore è determinato da una lesione di fibra nervosa, che quindi non sarà in grado di svolgere la sua funzione, cioè trasmettere una sensibilità.

Il deficit di sensibilità nel territorio in cui il paziente avverte dolore sarà un'altra caratteristica che ricercheremo nella visita algologica per definire la sede del *Pain Generator*.

• **Sistemi di modulazione centrale.** Gli impulsi sensitivi che dal-

la periferia vengono trasmessi alla corteccia vengono modulati da vari circuiti neurali. La modulazione tende a ridurre il numero di stimoli che risalgono alla corteccia. Quando il dolore persiste nel tempo questi meccanismi regolatori tendono a perdere efficacia ed a venire meno.

Il più importante sistema di modulazione inibitoria delle vie afferenti sensitive è il circuito regolato dal *locus coeruleus*, situato nella sostanza grigia periacqueduttale del tronco dell'encefalo.

Riconoscere l'innescò di questi meccanismi permette di utilizzare farmaci antidolorifici mirati a questa localizzazione del *Pain Generator*.

Di seguito analizziamo sinteticamente le caratteristiche dei diversi tipi di dolore; sulla base di queste saremo in grado di comprendere il meccanismo fisiopatologico che lo determina e di scegliere di conseguenza il farmaco, o più frequentemente le associazioni di farmaci, efficaci nel trattamento (*figura 3*).

### ► Dolore nocicettivo infiammatorio

Il *Pain Generator* è situato nel tessuto periferico, dove uno stimolo lesivo determina la scarica del nocicettore tissutale.

È il dolore fisiologico, poiché è determinato dalla scarica del nocicettore, che segnala un danno tissutale, con finalità protettive per l'organismo.

Il dolore avrà una distribuzione determinata dal tipo di lesione (per esempio l'articolazione distorta, la cute ustionata, il muscolo traumatizzato): **la sua localizzazione non avrà una distribuzione coerente con un dermatomero** poiché è determinata dall'estensione del tessuto periferico lesionato.

È presente infiammazione, che ridurrà la soglia del nocicettore tissutale; quest'ultimo scaricherà anche per stimoli di intensità inferiore rispetto alla sua soglia fisiologica. Sarà quindi rilevabile allodinia primaria: cioè uno stimolo che solitamente non provoca dolore genererà dolore (esempio: la pressione lieve). Il riscontro di allodinia primaria è segno di presenza di infiammazione. **Non saranno rilevabili deficit di sensibilità**, poiché non è presente alcuna lesione della fibra nervosa.

### ► Dolore meccanico strutturale

Si tratta di un dolore nocicettivo in assenza di infiammazione. Il dolore nasce nel tessuto periferico per scarica del nocicettore tissutale. Non è presente infiammazione, quindi la soglia del recettore è quella fisiologica: alta. Il recettore infatti scarica perché sottoposto a stimoli ad elevata energia. L'esempio tipico è il dolore artrosico.

La cartilagine articolare, consumata, espone i nocicettori della corticale

ossea che scaricano quando l'articolazione lavora, poiché sottoposti a stimoli ad elevata energia; a riposo, in assenza di stimolazione e senza fenomeni infiammatori concomitanti, non scaricano e quindi non determinano sensazione dolorosa.

Nel dolore meccanico strutturale rileviamo quindi le seguenti caratteristiche:

- dolore con **distribuzione non coerente con un dermatomero** (il dolore è limitato all'articolazione);
- presenza di **lesione nel territorio del dolore** (rileviamo scroscio articolare e dolore alla movimentazione dell'articolazione);
- **assenza di allodinia** (non è presente infiammazione);
- **assenza di deficit di sensibilità** (non vi è lesione di fibre nervose sensitive).

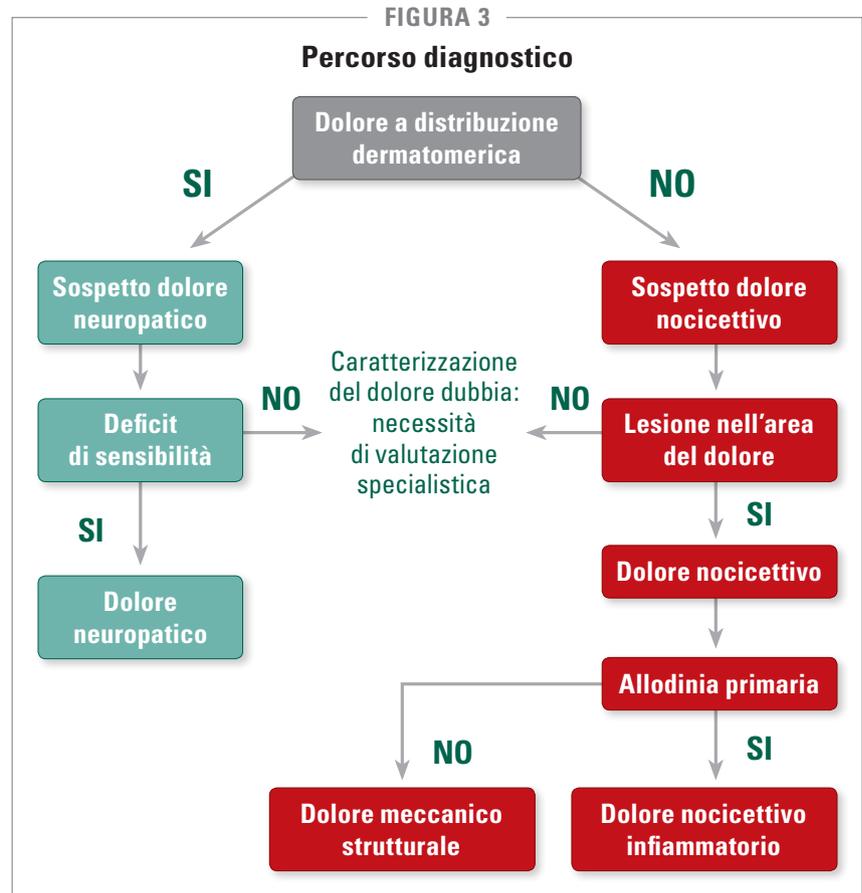
► **Dolore neuropatico**

La fibra nervosa sensitiva risulta lesionata; il *Pain Generator* è quindi localizzato nella fibra nervosa stessa. Il dolore viene avvertito nel territorio innervato dalla fibra nervosa, non nella sede della lesione.

Ciò determina due conseguenze sostanziali per riconoscere il dolore neuropatico:

- **il dolore ha una distribuzione coerente con il dermatomero** innervato dalla fibra lesa;
- **nell'area in cui il paziente riferisce dolore non sarà rilevabile alcuna lesione**, poiché è la fibra lesa che determina dolore nel tessuto innervato; il tessuto innervato non presenta nessuna lesione primitiva. Un'altra caratteristica sostanziale del dolore neuropatico è che nell'area in cui il paziente avverte dolore sarà presente un **deficit di sensibilità**.

Il *Pain Generator* è infatti localizzato nella fibra nervosa lesionata, che non sarà quindi più in grado di svolgere la propria funzione fisiologica, cioè la



trasmissione di stimoli sensitivi. Sarà quindi possibile evidenziare un deficit di una o più sensibilità:

- **deficit della sensibilità tattile fine** (fibre A beta) (ridotta sensibilità allo sfioramento);
  - **deficit della sensibilità tattile grossolana** (fibre A delta) (ridotta sensibilità alla pressione lieve);
  - **deficit della sensibilità termica** (fibre C) (ridotta sensibilità ad una provetta contenente acqua calda).
- Il deficit potrà riguardare una o più di queste sensibilità, in ragione di quali fibre risultino lesionate.

La ricerca del deficit di sensibilità verrà attuata stimolando la cute dell'area in cui il paziente riferisce dolore e quella simmetrica contralaterale, chiedendo di paragonare la sensazione che il paziente av-

verte. In presenza di dolore neuropatico, una o più sensibilità risultano ridotte nell'area dolente. Attraverso questo metodo saremo in grado di definire la fisiopatologia del dolore che stiamo analizzando e quindi di definire un approccio razionale alla terapia. Non avremo la necessità di determinare l'eziologia della patologia che causa dolore; si tratta di un percorso che dovremo compiere ma che non ci vincolerà per quanto riguarda le scelte terapeutiche per il trattamento del sintomo-dolore.

*\*Nel prossimo articolo descriveremo il razionale della scelta dei farmaci per la terapia del dolore sulla base della fisiopatologia che abbiamo imparato ad analizzare.*

# Nesso tra riacutizzazione di BPCO e infarto

La mortalità per BPCO è prevalentemente cardiovascolare, piuttosto che respiratoria. L'aspetto di maggior interesse clinico riguarda la frequenza con cui viene diagnosticata l'instabilizzazione delle condizioni cardiache, a conferma dell'importanza della prevenzione

Il legame tra BPCO e malattia coronarica va ben oltre quanto atteso sulla base dei fattori di rischio condivisi: la prevalenza di cardiopatia ischemica è elevata (tra il 20% e il 60% dei pazienti con BPCO) e nettamente più frequente rispetto alla popolazione generale. Molteplici evidenze scientifiche indicano che nella fase "stabile" di BPCO il rischio di IMA è aumentato di circa 2-3 volte rispetto alla popolazione di controllo senza patologia polmonare, un dato tale da suggerire che la BPCO sia da considerare un fattore di rischio maggiore, alla stessa stregua di altri. Di questo tema si ampiamente discusso nel corso del XXXVII congresso "Conoscere e Curare il Cuore" (Firenze, ottobre 2020). L'aspetto di maggior interesse clinico (e concettuale) riguarda la frequenza impressiva con cui viene diagnosticata una instabilizzazione delle condizioni cardiache ed un danno miocardico infartuale nei pazienti ospedalizzati per esacerbazione acuta di BPCO (AE-BPCO). Le evidenze scientifiche indicano che l'incidenza di IMA aumenta in modo significativo nei 30 giorni post-AE-BPCO, rispetto alla fase pre-AE-BPCO. La probabilità di un danno miocardico ischemico sale di circa 2-5 volte nei primi 3 giorni post AE-BPCO e scende progressivamente nel primo mese, mantenendo un modesto aumento del rischio fino ad 1 anno. Pertanto la finestra temporale di massimo rischio è collocabile nella prima settimana post-AE-BPCO, quando la probabilità di eventi coronarici acuti raggiunge l'apice rispetto alla fase pre-AE-BPCO.

## ► Relazione tra BPCO e aterosclerosi

I meccanismi che stanno alla base della relazione BPCO-infarto miocardico sono fonte di discussione e a tutt'oggi non chiariti. In via teorica si possono riconoscere due problematiche diverse, seppure con strette interconnessioni, certamente utili ai fini didattici:

- la BPCO in fase stabile, favorisce preferenzialmente lo sviluppo e la progressione dell'aterosclerosi;
- la AE-BPCO che ha maggiori potenzialità di acuzie, con instabilizzazione della placca e provocazione di un infarto acuto. Una delle ipotesi più accreditate è che un'inflammatione persistente delle vie aeree sia alla base del rischio CV e coronarico in particolare. Di fatto la BPCO è caratterizzata da un intenso processo infiammatorio, ricco di neutrofili, macrofagi e citochine pro-infiammatorie, che può estendersi al circolo sistemico.

Esistono evidenze di come la BPCO si associ ad uno stress ossidativo sistemico, ad un'attivazione di cellule infiammatorie circolanti e ad un aumento di citochine plasmatiche come PCR, IL-6 e TNF- $\alpha$ . Sono tutti elementi che indicano un'inflammatione generalizzata e non più confinata in ambito polmonare, elemento cruciale nella facilitazione-accelerazione del processo aterosclerotico. Inoltre la BPCO si associa con inaspettata frequenza alla sindrome metabolica e poiché entrambe le condizioni sono caratterizzate da uno stato infiammatorio cronico, è probabile che si crei un circolo vizio-

so bidirezionale in cui le due patologie tendono ad aggravarsi reciprocamente. Esistono però ulteriori legami che coinvolgono influenze ormonali e/o funzionali. In clinica, l'iperglicemia induce un'esaltata reattività bronchiale, con un più facile broncospasmo rispetto ai controlli. Inoltre, si tenga conto dell'effetto negativo del diabete sul decorso della BPCO, con un rapporto di proporzionalità diretta tra livelli glicemici e frequenza di infezioni polmonari e mortalità della BPCO.

## ► Relazione tra AE-BPCO e IMA

In questo contesto pro-aterogeno, si innesta l'improvvisa instabilizzazione clinica causata dalla AE-BPCO. L'evento è legato ad una sovrapposizione infettiva delle vie aeree, favorita o meno dal fumo di sigaretta. Si è già detto dell'alto rischio di infarto miocardico acuto che la AE-BPCO comporta. In generale sono possibili due meccanismi infartuali distinti:

- a) danno miocardico ischemico da discrepanza;
- b) infarto miocardico "classico" da trombosi coronarica acuta.

Di frequente, l'infezione polmonare provoca un'intensa reazione infiammatoria sistemica, sia con un'azione diretta dell'agente patogeno sui monociti, sia con un meccanismo indiretto che parte dall'interazione virus-piastre e porta ad un'attivazione leucocitaria flogistica-immunitaria. L'evento finale comune di questi processi sarebbe l'esaltazione della flogosi di placca e la rottura/trombosi acuta delle lesioni ateromatose coronariche.

# PUFA n-3, una strategia per ridurre il rischio derivato dall'ipertrigliceridemia

Nel corso del tempo le possibilità di correggere il “rischio residuo” di eventi cardiovascolari sono state affidate a una serie di differenti opzioni terapeutiche. Tra queste i PUFA n-3 (EPA e DHA) hanno acquisito un ruolo importante sulla base di trial clinici. In considerazione della loro efficace riduzione del rischio CV le ultime linee guida ESC/EAS suggeriscono di utilizzare PUFA n-3 ad alte dosi come approccio farmacologico chiave in pazienti a rischio elevato o molto elevato

**Alberto Zambon**

*Dipartimento di Medicina DIMED - Università degli Studi di Padova*

**N**el corso degli ultimi anni un numero sempre crescente di evidenze ha confermato che l'aumento dei valori di trigliceridi esercita un grande impatto sul rischio cardiovascolare e che probabilmente rappresenta uno dei fattori determinanti di quello che si indica come “rischio residuo di eventi cardiovascolari”<sup>6</sup>.

Una ipertrigliceridemia è la risultante di un aumento di lipoproteine ricche di trigliceridi di diversi tipi, sia di origine epatica, comunemente lipoproteine a bassissima densità (VLDL) e i loro *remnants* o lipoproteine a densità intermedia (IDL), che di origine intestinale, i chilomicroni ed i chilomicroni remnant<sup>1</sup>.

I dati epidemiologici confermano una correlazione tra malattie cardiovascolari incidenti (infarto miocardico, coronaropatia, ictus ischemico, mortalità totale) e incremento di 1 mmol/L dei trigliceridi circolanti e dai trial clinici emerge la conferma che ottenere una riduzione sia del colesterolo LDL sia delle lipoproteine ricche in trigliceridi può essere un importante obiettivo cui puntare nei pazienti con sindrome coronarica acuta (Miller)<sup>2</sup>.

Soprattutto là dove il trattamento con statine, anche utilizzato in associazione con ezetimibe - combinazione che riducendo efficacemente i valori di C-LDL ha acquisito un ruolo consolidato nella riduzione degli eventi cardiovascolari<sup>3</sup> - non è in grado di ridurre questo rischio residuo. Le possibilità di correggere questa condizione di rischio nel corso del tempo sono state affidate a una serie di differenti opzioni terapeutiche e tra queste i PUFA n-3 (EPA e DHA) hanno acquisito un ruolo importante, tant'è che uno statement dell'*American Heart Association* del 2019 raccomanda un aumento del consumo di omega-3 con la dieta eventualmente associato a una supplementazione per arrivare all'assunzione quotidiana di 2-4 g/die di acido eicosapentaenoico (EPA) più acido docosaesaenoico (DHA).<sup>1</sup>

L'edizione 2019 delle linee guida europee per la gestione delle dislipidemie li inserisce tra le opzioni terapeutiche per il trattamento dell'ipertrigliceridemia in pazienti a rischio CV elevato o molto elevato e già trattati con statina ed utilizzati al dosaggio di 3-4 g/die. Alla dose di 3-4 g/die, i PUFA n-3 sono associati a riduzioni

della trigliceridemia fino al 45%<sup>4</sup>.

Una dettagliata analisi del ruolo degli omega-3 ne ha messo in luce i numerosi effetti. Il consumo di PUFA n-3 riduce i trigliceridi plasmatici, ha modesti effetti sulla pressione sistolica e diastolica e sembra in grado di ridurre l'infiammazione, modulare l'aggregabilità piastrinica e migliorare la funzione vascolare. Il loro effetto ipotrigliceridemizzante sembrerebbe legato alla loro capacità di interagire con specifici recettori nucleari cellulari, di ridurre la lipogenesi epatica, stimolare la betaossidazione degli acidi grassi e ridurre, in definitiva, la sintesi di trigliceridi. I PUFA n-3 inoltre influenzano molteplici vie molecolari, comprese alcune proprietà fisiche e chimiche delle membrane cellulari, hanno interazioni dirette di modulazione di canali e proteine di membrana, di regolazione dell'espressione genica tramite recettori nucleari e fattori di trascrizione<sup>5</sup>.

Da notare che EPA e DHA, a causa delle differenze nella loro struttura chimica, presentano proprietà distinte. In particolare, l'EPA ha dimostrato di ridurre l'espressione di proteine infiammatorie, la formazione di cristalli

di colesterolo e la disfunzione endoteliale e di inibire la modificazione ossidativa delle lipoproteine contenenti apoB, con alcune di queste attività persino amplificate quando EPA viene somministrato in combinazione con una statina. Questi effetti benefici sulla funzione endoteliale e sull'infiammazione possono, almeno in parte, spiegare la riduzione del rischio CV riportata in pazienti trattati con alte dosi di EPA purificato<sup>6</sup>.

### ► Trial clinici

In merito al potenziale di riduzione del rischio cardiovascolare di una supplementazione con omega-3, emergono, dagli studi clinici che li hanno valutati, elementi di interesse. Lo studio JELIS (*Japan Eicosapentaenoic acid Lipid Intervention Study*) ha arruolato 18.645 pazienti con livelli di colesterolo totale pari o superiori a 6.5 mmol/L che hanno ricevuto EPA (1.8 g/die) in combinazione con una statina o la sola statina. Dopo un follow-up medio di 4.6 anni, l'aggiunta di EPA a una statina ha comportato una riduzione del 19% degli eventi coronarici rispetto alla sola statina, con effetti benefici di EPA comparabili sia nella prevenzione secondaria che nei sottogruppi di prevenzione primaria<sup>7</sup>.

Più recentemente, l'uso di PUFA n-3 (4 g/d) per ridurre il rischio cardiovascolare in pazienti con ipertrigliceridemia ha permesso una riduzione del 25% dei principali endpoint avversi cardiovascolari nello studio REDUCE-IT, un trial randomizzato controllato di confronto EPA con placebo in pazienti ad alto rischio in terapia con statine, livelli di LDL-C (75 mg/dl) ben controllati ed ipertrigliceridemia (TG=216 mg/dl, valori mediani). Dopo un follow-up di 4.9 anni, l'incidenza di un evento endpoint primario (morte cardiovascolare, in-

farto miocardico non fatale, ictus non fatale, rivascolarizzazione coronarica o angina instabile) è stata del 17.2% nel gruppo EPA e del 22% nel gruppo placebo (HR: 0.75); allo stesso modo, gli eventi dell'endpoint secondario (morte cardiovascolare, infarto miocardico non fatale o ictus non fatale) erano significativamente più bassi nel gruppo EPA (11.2% contro 14.8% nel placebo, HR: 0.74)<sup>6</sup>.

Uno studio randomizzato, che ha arruolato pazienti con aumento del colesterolo non-HDL (superiore a 160 mg/dL) e dei trigliceridi (TG pari o superiori a 250 mg/dL), ha confrontato il trattamento con EPA+DHA (4 mg/die) con placebo, somministrato in aggiunta a un trattamento con atorvastatina a dosi crescenti (settimane 0-8, 10 mg/d; settimane 9-12, 20 mg/d; settimane 13-16, 40 mg/dL). Al termine del follow-up, nei pazienti in trattamento con PUFA n-3 più atorvastatina si registravano miglioramenti significativi rispetto al gruppo placebo+atorvastatina (PA) specificamente dei trigliceridi (TG -45% vs. TG -27% p<0.001, omega n3-atorva vs atorva monoterapia, riferito ai valori basali in ciascun gruppo), VLDL-C (-54% vs -37%, p<0.001) e Non-HDL colesterolo (-40% vs -34%, p<0.001)<sup>8</sup>.

### ► Conclusioni

Tenendo conto di tutte le prove disponibili, i benefici clinici dal punto di vista cardiovascolare della somministrazione di omega-3 e in particolare l'integrazione con EPA sono associati all'utilizzo di una dose di 3-4 g/die e nei pazienti con rischio cardiovascolare alto/molto alto. I benefici intesi come riduzione degli eventi cardiovascolari probabilmente non sono completamente spiegati dai soli effetti sulle lipoproteine ricche di trigliceridi, ma anche

dalla riduzione dei fenomeni flogistici e di aggregazione piastrinica<sup>6</sup>. I risultati brevemente illustrati validano appieno le raccomandazioni delle linee guida ESC/EAS del 2019 che suggeriscono di utilizzare PUFA n-3 ad alte dosi (3-4 gr/die) come approccio farmacologico chiave per la riduzione del rischio cardiovascolare residuo in pazienti a rischio elevato o molto elevato, che, in terapia ottimale con statina, presentino livelli di trigliceridi anche modestamente elevati (TG>200 mg/dl) in considerazione della loro efficace riduzione del rischio cardiovascolare confermata dai trial<sup>4</sup>.

### BIBLIOGRAFIA

1. Skulas-Ray AC, et al. Omega-3 Fatty Acids for the Management of Hypertriglyceridemia. A Science Advisory From the American Heart Association. *Circulation* 2019;140:00-00. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000709
2. Miller M, et al. Impact of Triglyceride Levels Beyond Low-Density Lipoprotein Cholesterol After Acute Coronary Syndrome in the PROVE IT-TIMI 22 Trial. *J Am Coll Cardiol* 2008; 51: 724-30.
3. Sabatine MS, et al. Evolocumab and Clinical Outcomes in Patients with Cardiovascular Disease. *N Engl J Med* 2017; 376(18):1713-1722.
4. 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias: Lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Atherosclerosis* 2019; 290: 140-205 <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2019.08.014>
5. Mozaffarian D, et al. Omega-3 Fatty Acids and Cardiovascular Disease Effects on Risk Factors, Molecular Pathways, and Clinical Events. *JACC* 2011; Vol. 58, No. 20.
6. Bhatt DL, Steg PG, Miller M, et al. Cardiovascular Risk Reduction with Icosapent Ethyl for Hypertriglyceridemia. *N Engl J Med* 2019; 380(1):11-22.
7. Yokoyama M, et al. Effects of eicosapentaenoic acid on major coronary events in hypercholesterolaemic patients (JELIS): a randomised open-label, blinded endpoint analysis. *Lancet* 2007; 369(9567): 1090-1098.
8. Bays He, et al. Effects of Prescription omega-3-acid Ethyl Esters on Non-High-Density Lipoprotein Cholesterol When Coadministered With Escalating Doses of Atorvastatin. *Mayo Clin Proc* 2010; 85: 122-128.

• Materiale promozionale destinato ai medici depositato presso AIFA il: 25/09/2020. Vietata la distribuzione o l'esposizione al pubblico - Cod. ESK-2020-006. Classe A/Ricetta Ripetibile, NOTA 13 ESKIM 20 cps 1000 mg €14,17. Link al Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto <https://documents.alfasigma.com/rapid/RCP/ESKIM.pdf>

# Riduzione di mortalità e continuità delle cure

I Mmg ne sono ben consapevoli: la continuità dell'assistenza nelle cure primarie non può che apportare benefici ai pazienti. Le conferme arrivano anche da una review che fornisce prove dei collegamenti tra riduzione di mortalità e medicina territoriale

Una revisione sistematica pubblicata sul *British Journal of General Practice* fornisce prove dei collegamenti tra tassi di mortalità ridotti e continuità delle cure primarie. Gli obiettivi della revisione sistematica erano indagare:

- l'associazione nelle cure primarie tra continuità (relazione, informazione o gestione) e mortalità in tutti gli studi con misure quantificabili di entrambi;
- valutare i meccanismi proposti, spiegando qualsiasi associazione tra continuità delle cure e mortalità, ovvero i processi che potrebbero causare una minore mortalità con una maggiore continuità di cura.

Nello studio, gli autori dell'Università di Leicester, dell'Imperial College di Londra e della McGill University di Montreal, hanno esaminato 13 studi quantitativi che includevano coorti trasversali o retrospettive con periodi variabili di follow-up. Dodici di questi hanno misurato l'effetto sulla mortalità per tutte le cause.

Un effetto protettivo statisticamente significativo della maggiore continuità assistenziale è stato riscontrato in nove, assente in due e in uno, gli effetti variavano dall'aumento alla diminuzione della mortalità a seconda della misura di continuità. L'ultimo studio ha dimostrato un'associazione protettiva per la mortalità per malattia coronarica. I meccanismi causali suggeriti sono stati una maggiore responsabilità clinica, la conoscenza del medico e la fiducia del paziente.

In un secondo studio pubblicato nello stesso numero del *BJGP*, è stata ef-

fettuata un'analisi tematica con interviste a 25 pazienti con condizioni cliniche a lungo termine. I pazienti hanno affermato di ritenere che la continuità relazionale faciliti la conoscenza della propria storia da parte del medico di famiglia, fornendo consigli coerenti, assumendosi responsabilità e azione, fidandosi e rispettandoli.

Gli studi forniscono dunque un'ulteriore prova del beneficio della continuità assistenziale nel contesto dell'assistenza primaria. I ricercatori hanno anche chiesto "un'azione decisiva" per invertire il declino della continuità delle cure nella medicina generale.

## ► Continuità della relazione medico-paziente

La continuità dell'assistenza è una caratteristica fondamentale della medicina generale e viene definita come l'assistenza agli individui (piuttosto che alle popolazioni) nel tempo. In letteratura vengono codificati tre tipi principali di continuità:

- **relazionale (o personale):** implica una relazione terapeutica di fiducia tra il singolo paziente e il medico curante;
- **informativa:** la messa in rete dei documenti dei pazienti; a tutti coloro che sono coinvolti nella cura di un individuo;
- **gestionale:** coordinamento e comunicazione tra tutti gli attori coinvolti nell'assistenza del paziente.

Barbara Starfield, che fu definita come "un gigante nel campo delle cure primarie e della politica sanitaria", ha considerato la continuità della relazione come parte dell'effetto dell'assistenza primaria sul miglioramento dei

risultati, inclusa la soddisfazione del paziente, una minore ospedalizzazione e minori accessi al pronto soccorso.

## ► Commento

Martin Marshall, presidente del Royal College of GPs, ha commentato: "Quando si considera il futuro della medicina generale, è fondamentale porre la continuità delle cure in prima linea nelle nostre menti. Sappiamo che il rapporto fiduciario tra medico di famiglia e paziente è il valore aggiunto che molti pazienti apprezzano di più nella pratica generale. È unico, spesso costruito nel tempo e consente ai medici di famiglia di fornire l'assistenza olistica e basata sulle relazioni. Questo studio si aggiunge alla crescente evidenza che la continuità delle cure può portare benefici ai pazienti. Sebbene i Mmg stiano utilizzando la tecnologia e sperimentando nuovi modi di lavorare, è imperativo mantenere la continuità delle cure, indipendentemente da come interagiamo con i nostri pazienti e forniamo servizi di medicina generale. Comprendiamo che alcuni pazienti apprezzino la comodità piuttosto che la continuità, ed è importante che anche le loro esigenze di siano soddisfatte, ma coloro che apprezzano la continuità, sono spesso i nostri pazienti con condizioni di salute più complesse".

## BIBLIOGRAFIA

- Murphy M, Salisbury C. *Br J Gen Pract* 2020, doi: 10.3399/bjgp20X712349.
- Baker R et al. *Br J Gen Pract*. 2020. doi: 10.3399/bjgp20X712289.
- <https://practiceindex.co.uk>

# Verso una "sindrome post-Covid-19"?

Sintomi debilitanti stanno provocando effetti sostanziali su una minoranza significativa di pazienti post-Covid e non solo negli anziani. Attraverso la ricerca e la sorveglianza per identificare l'intero spettro di malattia sono in corso diversi studi

**F**atigue, tosse, dispnea, dolore toracico, mal di testa invalidanti, vuoti di memoria. Sono i sintomi più comunemente descritti dai pazienti clinicamente guariti da Covid-19, ma che a distanza di mesi dal contagio convivono con una qualità di vita peggiorata,<sup>1</sup> tanto che sono in corso diversi studi internazionali per valutare la cosiddetta "sindrome post-Covid-19".

## ► Manifesto dei medici britannici

Per sottolineare questa condizione, 39 medici del Regno Unito, tra cui diversi *general practitioner*, che a distanza di mesi dal loro contagio convivono con sintomi persistenti, hanno diffuso un "manifesto" per condividere le loro intuizioni emerse sia dall'esperienza personale di malattia che dalla professione. In una lettera pubblicata su *BMJ* (From doctors as patients: a manifesto for tackling persisting symptoms of Covid-19)<sup>2</sup> i medici sollecitano la comunità scientifica a costruire un quadro accurato dei fenotipi Covid-19, attraverso la ricerca e la sorveglianza per identificare l'intero spettro di malattia. Questa richiesta viene dall'osservazione di un quadro emergente: i sintomi prolungati stanno provocando effetti sostanziali su una minoranza significativa di persone e dunque la morte non è l'unico risultato da misurare. Hanno anche richiesto una chiara definizione di "recupero da Covid-19". "La mancata comprensione dei meccanismi biologici sottostanti che causano questi sintomi persistenti rischia di farci perdere l'opportunità di identificare i fattori di rischio, prevenire la cronicità e trovare approcci terapeutici per le persone colpiti

te ora e in futuro", scrivono gli AA. Ricordano anche che in un recente studio su 100 pazienti (67 dei quali non sono stati ricoverati in ospedale) la RM cardiaca dopo Covid-19 ha rilevato "coinvolgimento cardiaco in 78 pazienti e infiammazione miocardica in corso in 60 pazienti. I partecipanti allo studio con un recupero prevalentemente domiciliare hanno avuto un frequente coinvolgimento infiammatorio cardiaco, simile al sottogruppo ospedalizzato per quanto riguarda la gravità e l'entità".<sup>3</sup>

## ► Dati italiani

✓ A fare da apripista sull'insidiosa eredità di Covid-19 una *research letter* pubblicata *JAMA* da un gruppo di geriatri della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS e dell'Università Cattolica, campus di Roma, fa il punto della situazione e chiarisce quali sono i sintomi più frequenti e persistenti.<sup>4</sup> Lo studio è stato condotto presso il day hospital post-Covid della Fondazione Policlinico Gemelli. Su 143 pazienti a distanza di oltre 2 mesi dalla diagnosi di Covid-19, solo 1 su 10 non presentava sintomi correlabili alla malattia iniziale. La maggior parte (87%) riferiva la persistenza di almeno un sintomo, soprattutto stanchezza intensa (53.1%) e affanno (43.4%). Il 27.3% lamentava dolore alle articolazioni e uno su 5 dolore toracico. La qualità di vita, valutata con apposite scale, è risultata infine peggiorata in tutti i pazienti. "Il messaggio importante ha spiegato in una nota il prof. **Francesco Landi**, responsabile Day Hospital post-Covid - è che tutti i pazienti che hanno avuto Covid-19 e soprattutto quelli colpiti dalle for-

me più gravi, devono essere sottoposti a controlli multi-organo nel tempo. Inoltre devono essere valutati attentamente rispetto alla persistenza di alcuni sintomi. Questo perché siamo di fronte a una malattia nuova, sconosciuta ed è quindi importante cercare di individuare gli eventuali danni a breve o a lungo termine".

✓ Una altra iniziativa all'interno del Progetto STORM (STudio OsseRvazionale sulla storia naturale dei pazienti ospedalizzati per Sars-Cov-2) dell'Università Milano-Bicocca è quella dell'ambulatorio multidisciplinare post-Covid dell'UO di Malattie Infettive della ASST di Monza, che ha finora valutato 150 pazienti. "I sintomi possono manifestarsi anche in persone precedentemente sane. Più frequentemente le sequele tendono a manifestarsi nei pazienti che hanno avuto una forma grave di Covid-19, negli anziani con cronicità. Tuttavia le stiamo osservando nei giovani - spiega **Paolo Bonfanti**, Malattie infettive Ospedale San Gerardo, Asst di Monza. Vi sono diverse ipotesi. Covid-19 rimane ancora oggi una malattia che presenta molti lati da scoprire. Ad esempio, alcuni pazienti presentano disturbi neuro-cognitivi: stiamo cercando di studiare se questo possa essere un effetto diretto della malattia o, ed in molti casi è sicuramente così, un effetto della prolungata ospedalizzazione in condizioni difficili, con sviluppo di una sindrome da stress post-traumatico".<sup>5</sup>

## BIBLIOGRAFIA

1. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69: 993-8.
2. *BMJ* 2020; 370: m3565.
3. *JAMA Cardiol* 2020 J: e203557.
4. *JAMA* 2020; 324: 603-5.
5. <https://bnews.unimib.it>

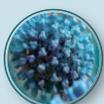


# NUTRIENTI e SUPPLEMENTI

INFORMAZIONE QUALIFICATA DA FONTI QUALIFICATE



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



## VITAMINA D E COVID-19, TRIAL CLINICI IN CORSO



## ALIMENTAZIONE IN ONCOLOGIA: IL CA MAMMARIO



## PROPRIETÀ ANTIVIRALI DEI FLAVONOIDI



## SINDROME METABOLICA E MODELLI DIETETICI

## Vitamina D e Covid-19, trial clinici in corso

*I risultati degli studi saranno cruciali per verificare l'utilità della vitamina D nel Covid-19*



■ “Studi epidemiologici e osservazionali supportano l’ipotesi di un ruolo protettivo della vitamina D nei confronti di Sars-coV-2, ma si tratta di analisi retrospettive o basate su piccoli campioni. Sono necessarie ulteriori ricerche, molte delle quali in corso, per verificare l’utilità della supplementazione nella prevenzione e/o nel trattamento di Covid-19, nonché per chiarirne il ruolo nei processi fisiopatologici”.

Così **Riccardo Caccialanza**, direttore Uoc di Dietetica e Nutrizione clinica al San Matteo di Pavia, tra i maggiori esperti della relazione tra nutrizione e Covid-19.

“A oggi, su 35 studi registrati su ClinicalTrials.gov, solo 3 sono giunti a conclusione, ma con endpoint altamente specifici, non finalizzati a indagare il possibile ruolo protettivo sulla popolazione generale o sui pazienti ospedalizzati gravi” - dice Caccialanza. “Tra quelli in corso, 20 mirano a valutare gli effetti di diverse strate-

gie di trattamento con vitamina D sulla progressione e sulla gravità del Covid-19 in termini di ospedalizzazione e mortalità. Alcuni considerano la vitamina D solo come parte della terapia standard oggetto di sperimentazione, spesso senza specificare il dosaggio e la tempistica di somministrazione.

Sei studi stanno valutando gli effetti di una profilassi con vitamina D su rischio di contagio, gravità della malattia e capacità di trasmissione, mentre nove studi osservazionali stanno esaminando la correlazione tra li-

velli sierici di vitamina D e risposta immunitaria, gravità della malattia e mortalità. I risultati degli studi in corso saranno cruciali per comprendere il coinvolgimento della vitamina D nella fisiopatologia di Covid-19 e determinare la reale efficacia di un'integrazione nella prevenzione e/o nel trattamento della malattia".

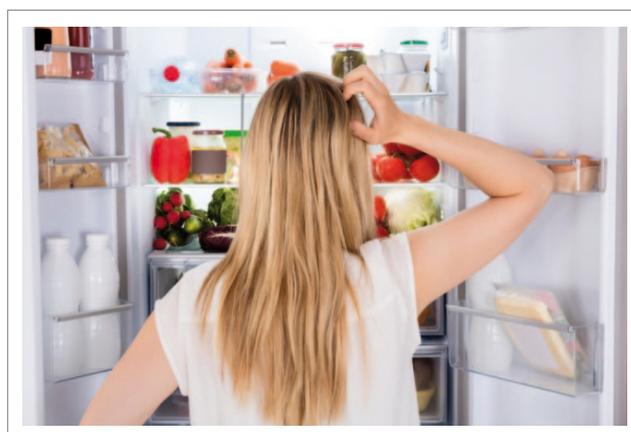


Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Riccardo Caccialanza

## Alimentazione in oncologia: il ca mammario

*Al via la campagna "È tempo di vita", per supportare le giovani donne con tumore del seno avanzato*

Il 39% delle pazienti in premenopausa affette da ca mammario localmente avanzato o metastatico afferma di aver perso il piacere del cibo e il 32% dichiara che cucinare è diventato fonte di stress. Questi i risultati di un'indagine condotta da Elma Research su 160 pazienti volta a comprendere i vissuti e i bisogni di chi riceve la diagnosi di tumore al seno in età fertile. Ed è proprio aiutare le giovani donne a riappropriarsi della propria vita l'obiettivo della campagna "È tempo di vita", promossa da Novartis Italia in collaborazione con Salute Donna Onlus. Il centro delle attività 2020 diventa così la nutrizione grazie al ricettario "È tempo di vita...in cucina!", ideato dalla food blogger **Chiara Maci** e dalla biologa e nutrizionista dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano **Anna Villarini**, e ad un'omonima web serie, in onda sui canali social della campagna. Il cibo, infatti, può essere un valido aiuto per le pazienti con tumore del seno avanzato. "Sempre più studi evidenziano come l'alimentazione abbia un impatto importante sulla qualità di vita di chi ha un tumore, sulla pro-



gressione della malattia e sugli effetti collaterali delle terapie", afferma Anna Villarini. "Il messaggio è che una corretta alimentazione anche dopo la diagnosi può essere una alleata per combattere il tumore assieme ai trattamenti chirurgici e medici che restano fondamentali".

## Proprietà antivirali dei flavonoidi

*Sono la prima linea di difesa, finché il sistema immunitario non si organizza*

**Paolino Ninfali**, già ordinario di Biochimica presso il dipartimento di Scienze biomolecolari dell'Università degli Studi di Urbino, è il primo firmatario della review *Antiviral Properties of Flavonoids and Delivery Strategies (Nutrients 2020, 12(9), 2534)*.

In una intervista Ninfali spiega: "I flavonoidi sono molecole

presenti in moltissime specie vegetali. Nelle nostre cellule svolgono un'importante azione antiossidante per comodità sono suddivise in diverse sottoclassi che comprendono flavoni, flavanoli, flavine, isoflavoni e antocianine. Gli studi sinora condotti hanno dimostrato che ogni molecola agisce su più fronti del processo infettivo virale,



con un effetto pleiotropico. La nostra attenzione, negli anni, si è concentrata sui derivati dell'apigenina, ma non possiamo dimenticarci la quercetina, l'epigallocatechina gallato, la naringenina: ognuna di loro agisce vuoi sulla re-

plicazione virale, vuoi sull'assemblaggio del virione una volta penetrato nella cellula. Per questo l'azione sinergica risulta la più efficace.

L'aiuto dei flavonoidi è importante per non stressare il sistema immunitario e dargli in tempo di intervenire con anticorpi specifici, soprattutto quando incontra antigeni sconosciuti, per esempio, Sars-coV-2. Possono rappresentare la prima linea di difesa, finché il sistema immunitario non si organizza. Sugeriamo una dieta ricca di flavonoidi a scopo preventivo o integrazione laddove la dieta non fosse sufficiente, anche se ultimamente l'industria alimentare sta proponendo prodotti contenenti alimenti ricchi in flavonoidi (semi di chia o bacche di Goji). Rimane sempre la regola generale: consumare cinque porzioni/die tra frutta e verdura. Il sistema migliore per nutrire il microbiota intestinale e mantenere in efficienza il nostro sistema immunitario".

## Sindrome metabolica e modelli dietetici

*L'approccio dietetico più efficace è quello "sartoriale" e personalizzato su misura del paziente*

■ "L'obbiettivo nell'approccio al paziente con sindrome metabolica è, sempre e comunque, quello di trovare un modello dietetico, il più efficace possibile, dove i nutrienti funzionali si associno con una strategia alimentare, per cercare di ridurre significativamente infiammazione e stress ossidativo, che sono, come ampiamente dimostrato, i meccanismi alla base di tutte le patologie caratterizzanti la sindrome metabolica". Così afferma **Nicola Di Daniele**, docente di Medicina interna, Università Tor Vergata di Roma illustrando i punti cardine del suo editoriale sul tema pubblicato su *Nutrients*. È importante sottolineare come a oggi, il fattore dieta e i modelli dietetici, combinati con un'adeguata attività fisica, risultano essere l'unica terapia preventiva possibile realmente efficace nei confronti della sindrome metabolica. Il consiglio è quello di "analizzare il paziente" che si ha davanti il più possibile, sotto ogni aspetto, considerare il tipo di vita che svolge, cercare di capire le abitudini alimentari, e intervenire in maniera personalizzata cercando di "cucire

su misura" una dieta adeguata alla persona. È importante motivare il paziente con sindrome metabolica e renderlo cosciente dell'importanza che può avere l'alimentazione. Come per tutte le terapie e per ogni patologia, anche nell'approccio dietetico per la sindrome metabolica, il più personalizzato nei contenuti, sarà sicuramente quello che risulterà il più efficace e vincente".



**Nutrientisupplementi.it** è un progetto editoriale di iFarma Editore Srl, nato con l'obbiettivo 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](http://www.nutrientisupplementi.it) • [info@nutrientisupplementi.it](mailto:info@nutrientisupplementi.it)