M.D.

MEDICINAE DOCTOR

Anno XXVII, numero 8 - 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

Medico di famiglia, dipendente del Ssn o libero professionista parasubordinato?

RIFLETTORI 8

La Medicina Generale ha delle responsabilità nella gestione organizzativa della pandemia?

RICERCHE 29

Detersione delle lesioni cutanee croniche nello studio di MG

INDAGINI 38

Covid-19: i dati della Medicina Generale

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

Stanchi, delusi e divisi, ma sempre in marcia

M.D. MEDICINAE DOCTOR

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXVII numero 8 novembre-dicembre 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 Bisconcin, Claudio Borghi,
Nicola Dilillo, Giovanni Filocamo,
Massimo Galli, Mauro Marin,
Carla Marzo, Giacomo Tritto

Redazione
Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione
Rossana Magnelli

Pubblicità
Teresa Premoli
Sara Simone

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

Amministratore unico
Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

In questo numero

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
  Stanchi, delusi e divisi, ma sempre in marcia 5
- **Focus on**
  Medico di famiglia, dipendente del Ssn o libero professionista parasubordinato? 6
- **Riflettori**
  La Medicina Generale ha delle responsabilità nella gestione organizzativa della pandemia? 8
- **Professione**
  Tamponi rapidi: due pesi e due misure di sicurezza 11
- **Tribuna**
  No, non siamo kamikaze 12
- **Appunti**
  Siamo in prima linea e abbiamo il diritto-dovere di prendere parola 14
- **Contrappunto**
  Anche nella seconda ondata i medici pagano un prezzo altissimo 16
- **Italia sanità**
  A rischio la salute dei pazienti cronici 20

AGGIORNAMENTI

- **Diabetologia**
  Fragilità ossea nel paziente con diabete mellito 22
- **Farmacologia**
  Ciprofloxacina e moxifloxacina, un'ipotesi contro Covid-19 23
- **Ipertensione arteriosa**
  Deficit cognitivo nel paziente iperteso 24
- **Neurologia**
  Manifestazioni neurologiche dell'infezione da SARS-CoV2 25
- **Reumatologia**
  Osteoartrosi in pratica clinica: approccio multimodale 26
- **Oncologia**
  Strategie per prevenire i tumori HPV-correlati 28

CLINICA E TERAPIA

- **Ricerche**
  Detersione delle lesioni cutanee croniche in Medicina Generale 29
- **Clinica**
  Sepsi e shock settico. Definizioni aggiornate ed evoluzione dei criteri di gestione 32
- **Indagini**
  Covid-19: i dati della Medicina Generale 38
- **Counselling**
  Covid-19: burnout degli operatori sanitari 42
- ***Rassegna da* Nutrienti e Supplementi** 43

Stanchi, delusi e divisi, ma sempre in marcia

L'*Annus Horribilis*, un appellativo appropriato per il 2020 che ha visto tutto il mondo combattere con una pandemia "sconosciuta". Una pandemia che ha messo e sta mettendo a dura prova il nostro Paese.
Se dovessimo tirare le somme saremmo legittimati a dire che, per quanto ci riguarda, i buoni propositi enunciati durante la prima fase si sono dispersi nell'aria e ormai non se ne percepisce neanche l'eco. Che fine hanno fatto tutti gli sforzi concettuali, le esperienze messe in campo per fronteggiare un evento epocale che ci ha travolti? Se lo chiedono i medici e tutto il personale sanitario che anche in questa seconda ondata hanno dovuto fare leva sul loro senso di abnegazione e di professionalità. Certamente hanno potuto confidare su di una maggiore disponibilità dei dispositivi di sicurezza e delle terapie intensive, ma non su un Ssn all'altezza della situazione perché lacerato da anni di tagli lineari e di rattoppi. E gli ambiti regionali, dove i medici operano, hanno ancor di più marcato la differenza nell'esercizio della professione. Le difformità territoriali delle risposte assistenziali, dell'organizzazione e della gestione dell'emergenza sono comunque ricadute sul personale sanitario che ha dovuto, gioco forza, fronteggiarle. Così, come nella prima fase della pandemia, molti hanno pagato con la vita. Secondo la FNOMCeO si tratta di "una vera e propria strage di innocenti". A ratificare questa affermazione è il numero crescente dei medici che da ottobre ad oggi ha allungato la lista del 'memoriale' su cui sono appuntati i nomi dei medici morti a causa del Covid.
A pagare il prezzo più alto, anche stavolta, sono stati i medici di medicina generale con più di 15 morti nella seconda ondata. D'altra parte l'età media dei Mmg è alta e questo li rende più vulnerabili. Eppure proprio contro questi medici è stato puntato l'indice dei media. I Mmg sono stati accusati di essere la causa del non funzionamento dell'assistenza domiciliare ai pazienti Covid. La stessa sorte è toccata alle rimostranze che gran parte dei medici di famiglia hanno sollevato sulle difficoltà e sui rischi della somministrazione dei test rapidi nei loro studi. La proclamazione dello stato d'agitazione dei sindacati di categoria, fatta eccezione per la Fimmg, non ha certamente aiutato a cambiare di segno i giudizi espressi in queste settimane dai *mass media*. A nessuno, purtroppo, è venuto in mente di leggere quanto sta accadendo come un segnale del grande disagio che pervade i Mmg. Sicuramente, mai come in questo momento, una condivisione di intenti e una posizione unitaria sarebbe opportuna per dare voce a un settore fondamentale del Ssn, lasciato sempre più ai margini, qual è quello della medicina territoriale, ma chiamato in causa opportunisticamente quando c'è bisogno di capri espiatori.
La risposta a tutto ciò la continuano a dare i migliaia di medici di medicina generale che, oltre ad occuparsi dei loro assistiti con cronicità, a svolgere le incombenze ordinarie come stilare certificati, somministrare i vaccini antinfluenzali (quando disponibili), danno risposte agli oltre 543mila pazienti contagiati e assistiti a casa.
"Ogni morte, ogni contagio che colpisce un medico è un *vulnus* per tutto il Servizio Sanitario Nazionale" ha dichiarato il presidente della FNOMCeO, lo è ancor di più quando questi medici sono additati come 'disertori' mentre sono in prima linea a combattere.

A.S.

Medico di famiglia, dipendente del Ssn o libero professionista parasubordinato?

La pandemia ha riportato in auge, fra l'altro, anche il dibattito sulla necessità che i medici di famiglia e delle cure primarie, in generale, diventino a tutti gli effetti dipendenti della sanità pubblica. Una proposta che trova sempre più fautori sia nell'agorà politico sia in ambito professionale. Ma ad essere fermamente convinto che non passa per la dipendenza dei Mmg la riqualificazione della medicina territoriale è Silvestro Scotti, segretario generale della Fimmg. Un concetto che ha ribadito in una articolata relazione durante la recente audizione tenuta presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato

"La riqualificazione della medicina territoriale non passa per la dipendenza dei Mmg". È quanto ha ribadito il segretario generale della Fimmg nella recente audizione tenuta presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato rispondendo a chi sia tra i medici di medicina generale sia nell'agorà della politica propone la dipendenza dal Ssn dei Mmg. "Un modello che porta la medicina generale nella dipendenza pubblica - ha precisato **Silvestro Scotti** - potrebbe apparentemente sembrare facilmente realizzabile, ma quando si va a descrivere quel modello rispetto alle caratteristiche dei territori emergono altrettanto facilmente tutti i limiti di una tale scelta, sia dal punto di vista economico sia assistenziale".

La pandemia ha slatentizzato tutti i *vulnus* di un Ssn che negli anni è stato messo a dura prova da continui tagli lineari e sempre meno risorse. Inoltre ha portato alla ribalta i limiti di una medicina territoriale rimasta sempre ai margini del sistema sanitario pubblico e di un inquadramento contrattuale dei Mmg che li vede contemporaneamente parasubordinati e libero-professionisti. Una dicotomia che ha innescato innumerevoli frizioni su quale sia il loro ruolo durante un'emergenza pandemica. Tutto ciò ha esitato in una richiesta sempre più pressante sulla necessità che i Mmg diventassero a tutti gli effetti dipendenti del servizio sanitario. A farsi portavoce di tale istanza non solo ci sono alcuni esponenti politici, ma anche gli stessi medici di famiglia. Un esempio di ciò è il recente gruppo nato su Facebook: "Dipendenza per i Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie". Si tratta di 140 Mmg sostenitori del rapporto di dipendenza dal Ssn di tutti gli operatori delle cure primarie. Una proposta messa nero su bianco in una lettera aperta al Governo.

Sì ai medici delle cure primarie dipendenti

"Quello che auspichiamo - spiegano nella missiva - è un cambio di paradigma per le Cure Primarie, partendo dalla progettazione delle strutture nei piani urbanistici, attraverso la realizzazione di Centri di Assistenza Primaria pubblici strutturalmente adeguati, che vedano tutti gli operatori delle cure primarie inquadrati nel ruolo unico della dipendenza come già avviene in diversi paesi europei tra quelli che hanno scelto il modello universalistico come Spagna, Portogallo, Svezia, Finlandia e Grecia. Una tale ristrutturazione renderebbe al cittadino l'equità delle cure che oggi non può avere a causa dell'estrema eterogeneità strutturale ed organizzativa dell'attuale sistema. Le Cure Primarie sono il vero "hub" del Ssn, il punto di partenza dal quale passare a tutti gli altri livelli di cura trasversali e verticali, e per questo si deve poterlo governare con efficacia ed efficienza certe! E questo il rapporto convenzionale non lo consente e non lo consentirà mai! Il rapporto convenzionale rende le cure territoriali un corpo estraneo al Ssn nei fatti, impossibile da governare se non contrattando, salvo inserire nell'Acn e negli Air, i meccanismi tipici della dipendenza, come è stato fatto. Quindi che ben vengano gli obblighi, ma a questo punto nel contesto di un rapporto di dipendenza che prevede anche tutte le tutele ed i diritti dei lavoratori che lo status di parasubordinazione del Mmg non prevede"!

Nella missiva si dicono fermamente contrari ai *microteam* proposti dalla Fimmg, non credono che sia la risposta appropriata per un cambio reale di paradigma. Sostengono che i *microteam* siano un modello del passato già previsto dal vecchio Acn MG 2004-2005 all'art. 54, fallito per la mancanza di fondi (generando oltretutto una incostituzionale disegua-

glianza fra i medici che hanno avuto l'opportunità di assumere il personale e quelli che no, così come succederà per la strumentazione diagnostica) e per i problemi organizzativi che i *microteam* hanno determinato nella loro declinazione associativa. "Tutto questo - sottolineano - sempre nell'alveo del rapporto convenzionale del Mmg ancora legato ai falsi miti della libera scelta e del rapporto fiduciario con il paziente ed alla quota capitaria, la madre di tutti gli sprechi di denaro pubblico, perché annullando l'appropriatezza e la funzione di gate-keeping del Mmg, genera una deprecabile competizione "al miglior offerente" tra i medici, timorati della facile ricusazione da parte dei pazienti".

La posizione opposta e contraria della Fimmg

Di tutt'altro avviso è la Fimmg che nel passaggio conclusivo della relazione del segretario generale della Fimmg nella recente audizione tenuta presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato precisa:"Lo Stato si troverà a doversi far carico sia della gestione e dei costi degli ambulatori e di tutti i fattori di produzione compreso il personale, sia della gestione assistenziale se si ipotizza un rapporto tra medici e pazienti di uno a 5-6 mila, con il cittadino che molto probabilmente dovrà fare molti più chilometri per trovare un medico, che non ha scelto, e tra questi i soggetti anziani e fragili che dovranno limitare i contatti con il medico di cure primarie, riducendo in questa maniera quella sorveglianza continua tipica della medicina di famiglia". "Avere una popolazione anziana - ha sottolineato Scotti - che vive i suoi ultimi anni in condizione di grave fragilità, determina un impegno di risorse insostenibile. È necessario ripensare il sistema e da una organizzazione di attesa evolvere verso una organizzazione strutturata soprattutto nella iniziativa, nella prevenzione e nella presa in carico precoce del paziente che può sviluppare cronicità e comorbilità. Questa azione è possibile solo attraverso le cure primarie territoriali e la effettiva valorizzazione del medico di medicina generale, unico soggetto se ben guidato da una struttura contrattuale convenzionata non tendente alla subordinazione della risorsa umana, ma subordinando la retribuzione agli obiettivi e lasciando alla capacità adattiva e alla elasticità di tale figura contrattuale la ricerca di soluzioni coerenti con le autonomie regionali, capace di erogare non prestazioni bensì volume di presa in carico che, oltretutto, sarebbero economia di scala. Per fare questo non è più pensabile al medico di famiglia come operatore singolo destinato all'assistenza di un numero di cittadini, ma bisogna immaginarlo come componente centrale di una équipe operante su un territorio specifico". Un passaggio che porta in auge il progetto del sindacato relativo ai *microteam*. "È nostro convincimento - ha infatti spiegato - che sia necessario identificare una unità operativa/erogativa di base intorno al singolo medico di medicina generale che possa efficacemente operare in autonomia o in integrazione con altre unità operative/erogative del territorio: il *microteam*".

▸ Un contratto che va modificato

Il no alla dipendenza per il segretario della Fimmg non significa non riconoscere la necessità di una evoluzione del processo contrattuale. "Fermo restando che i due grandi valori della medicina generale sono la scelta fiduciaria del cittadino e la capacità del medico di famiglia di essere imprenditore etico di se stesso - continua Scotti - è necessario un cambio di passo nell'ambito del percorso di definizione del contratto nazionale. A fronte del mantenimento del riconoscimento economico a quota capitaria per le attività concordate come di base, diventa necessario il suo incremento verso quei medici che operando nei *microteam* o nelle forme complesse che ne derivano, realizzino obiettivi di assistenza e di presa in carico concordati e verificati. Riteniamo altresì necessario che anche tutte le figure operanti coi Mmg armonizzino le loro forme contrattuali attraverso modalità convenzionali, che prevedano azioni e riconoscimenti economici in sintonia ed integrazione con quelli previsti dalla convenzione della medicina generale, oltretutto questo significa partecipazione e responsabilità alla costruzione dei fattori di produzione coerenti con gli obiettivi pattuiti per convenzione e conseguente rischio reddituale connesso, omogeneo e non differenziato al mancato raggiungimento degli stessi. Per raggiungere questo risultato dovrebbe essere ripensato anche l'assetto legislativo della normativa sul lavoro autonomo. Di fatto in questo Paese serve una normativa sul lavoro autonomo applicato all'ambito pubblico, dove il sistema convenzionato trovi una sua dimensione legislativa e non, come è oggi, la trovi solo attraverso interpretazioni derivate da sentenze amministrative. Appare evidente che se ci fosse una normativa che chiarisca gli ambiti e le leve da utilizzare, sarebbero più chiari i rapporti e il direzionamento utile agli obiettivi di sanità e salute pubblica da definire e su cui orientare l'indirizzo contrattuale".

Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone il PDF della Relazione Fimmg al Senato

La Medicina Generale ha delle responsabilità nella gestione organizzativa della pandemia?

La campagna mediatica in atto da alcune settimane per trovare un comodo "colpevole" delle carenze e dei limiti della risposta sistemica alla pandemia ha preso di mira la sanità territoriale e in particolare i medici di medicina generale. La realtà è molto più complessa. Da tale assunto è nata la necessità di un'analisi più approfondita. Questo infatti è il primo di tre articoli con cui si cerca di esaminare la questione attraverso varie prospettive. In particolare in questo scritto si focalizza l'attenzione sulle differenze tra ospedale e territorio

Giuseppe Belleri - *Medicina Generale, Flero (BS)*

Si sente dire che la medicina del territorio si è dimostrata impreparata a fronteggiare la pandemia, che i Mmg non fanno abbastanza sul fronte del Coronavirus, che la medicina territoriale è arretrata e sostanzialmente fallimentare. Questa vulgata viene ripetuta con enfasi retorica da settimane sui media, tanto da aver fatto breccia anche in un sito che normalmente è su posizioni più critiche e riflessive: https://www.saluteinternazionale.info/2020/11/medicina-generale-questione-nazionale/

Le cose stanno proprio così? In realtà da una'indagine sociologica pubblicata a giugno 2020 sembra emergere un'opinione degli italiani per nulla critica verso la "sanità di base", seppur con variegate sfumature regionali. Per quanto riguarda le presunte carenze della medicina del territorio è bene ricordare alcuni dati di fatto, che sembrano sfuggire ai più. Dal mese di marzo i Mmg hanno continuato a seguire i malati cronici in studio ed in assistenza domiciliare, rispondono giornalmente a decine di telefonate della gente spaventata e disorientata, dando informazioni, appuntamenti, prescrivendo farmaci ed accertamenti mentre per mesi è stato praticamente impossibile comunicare con molte strutture sanitarie; inoltre poliambulatori e distretti sanitari sono rimasti chiusi al pubblico, mentre ricoveri, visite specialistiche ed accertamenti diagnostici già programmati sono stati rinviati *sine die*, anche nei mesi estivi quando il coronavirus era in letargo. Peraltro il Mmg fino a poche settimane fa aveva il mandato di evitare i contatti con i pazienti sospetti o affetti, onde evitare ciò che è accaduto in primavera quando quasi un centinaio di colleghi sono stati contagiati e non sono più tra noi.

Le cure a domicilio

Per seguire i malati a domicilio i medici di famiglia dovrebbero fare la stessa cosa, ovvero distogliere tempo ed energia indirizzate alle cure di tutti gli assistiti con problematiche croniche ed acute, afferenti agli ambulatori dei Mmg, per focalizzare il proprio intervento esclusivamente sulla gestione dell'emergenza infettiva. La terapia e la gestione domiciliare dei pazienti Covid-19 da marzo è garantita dalle Usca, appositamente create e formate per queste specifiche funzioni, dotate di idonei DPI e formate per tali compiti, compresi i tamponi a domicilio. Con le Usca si è scelta la strada della "specializzazione" funzionale per differenziazione dei compiti professionali. La risposta organizzativa delle Usca è di matrice ospedaliera, estranea alla cultura e alle pratiche territoriale, perché risponde alle nuove esigenze epidemiche con una gestione di tipo nosocomiale.

A nessuno viene in mente, ad esempio, di chiedere ai colleghi delle Usca di gestire anche gli altri problemi di salute dei pazienti polipatologici che visitano a domicilio: il loro mandato è chiaro e ben delimitato! Alla Medicina Generale (MG) invece si chiede di fare l'uno e l'altro, ovvero continuare seguire tutti i pazienti acuti e cronici in studio come sempre, con visite ambulatoriali e domiciliari, gestire diagnosi e contatti telefonici con i sospetti Covid, con tutte le annesse procedure informatiche e certificative, visitare e gestire i pazienti Covid a domicilio, fare tamponi rapidi e le vaccinanzioni etc.. Il tutto con le stesse risorse organizzative ed umane che già prima della pandemia erano deficitarie, in particolare in alcuni contesti socioeconomici.

L'Ospedale

In primavera tutte le risorse interne all'ospedale sono state deviate sulla gestione dell'emergenza pandemica, ad esempio spostando il personale medico ed infermieristico nei reparti di Medicina e Pneumologia riconvertiti a Covid, con l'effetto di paralizzare di fatto le altre attività assistenziali rivolte all'ambiente esterno al nosocomio, dalle visite specialistiche agli accertamenti diagnostici, dagli interventi chirurgici alle prestazioni in day-hospital etc.
L'ospedale, rinchiuso in se stesso, ha eretto nuove barriere per contenere l'influenza ambientale, si è protetto dall'incertezza e dalle perturbazioni provenienti dalla società, ha reindirizzato tutte le risorse umane, infrastrutturali e tecnologiche per preservare il nucleo tecnologico e specialistico dal subdolo assalto del virus, che si insinuava in ogni stanza, in ogni servizio. Cosa sarebbe accaduto sul territorio se le cure primarie avessero adottato la stessa soluzione organizzativa? A nessuno ovviamente viene in mente di biasimare internisti, immunologi e pneumologici perché hanno tralasciato le attività ambulatoriali privilegiando il Covid-19 e abbandonando a loro stessi i pazienti.
Questa sorta di riflesso condizionato manageriale è stato definito negli anni sessanta dal sociologo J.D. Thompson *(Organizations in Action)* che per primo ha descritto l'obiettivo primario della gestione razionale delle organizzazioni complesse, tecnologicamente differenziate e specializzate: la difesa del proprio nucleo tecnico dalle influenze perturbanti dell'ambiente, compito attribuito alle strutture di confine che hanno relazioni con l'esterno e possono svolgere la funzione di filtro all'accesso, come ad esempio il PS. Nel nucleo tecnico si può esprimere la massima efficienza e la razionalità dei processi seriali ad alta densità tecnologica, in quanto sistema chiuso e "sigillato" rispetto all'imprevedibilità e all'incertezza provenienti dall'ambiente.
In sostanza il coronavirus ha avuto un impatto destabilizzante sulle strutture a più elevata concentrazione tecno-specialistica, che si sono dovute riconvertire e ristrutturare in poche settimane per fare fronte all'emergenza infettiva, preservando il nucleo tecnico delle Terapie Intensive (TI) dalla saturazione per "assedio" da Covid-19. La chiusura ha avuto una duplice valenza: prima di tutto per evitare il più possibile l'accesso del virus alla struttura (percorsi Covid dedicati in PS, intere strutture Covid-free etc..) e secondariamente per proteggere il più possibile le TI dalla saturazione (aree sub-intensive, riconversione dei reparti di medicina e pneumologia etc.). Insomma il modello di Thompson della chiusura a riccio è scattato in modo automatico e spontaneo in tutte le strutture per far fronte all'emergenza tagliando i ponti con l'ambiente.

Il territorio

Al contrario la medicina del territorio più distribuita, meno organizzate e meno "tecnologica" ha potuto continuare la propria attività clinico-assistenziale rivolta a 360 gradi alle patologie acute e croniche sul territorio, fronteggiando nel contempo a distanza anche i casi di Covid-19 paucisintomatici e meno impegnati sul piano respiratorio, pur con i propri limitati mezzi diagnostico-terapeutici ed organizzativi. Per rispondere ancor più efficacemente al Covid-19, la MG doveva costituirsi a "nucleo tecnico" infettivologico territoriale, erigendo una barriera invalicabile per tutte le altre patologie che afferiscono normalmente agli ambulatori, per dedicarsi alla sola pandemia sul modello delle Usca. Si provi ad immaginare gli effetti di una simile chiusura degli studi dei Mmg, così come sono stati inaccessibili al pubblico i poliambulatori e servizi diagnostici ospedalieri e territoriali.
Invece grazie alle sue caratteristiche organizzative (distribuzione a rete non gerarchica, frammentazione territoriale, approccio informale e personalizzato, scarsa dotazione tecnologica e di personale, compensata da flessibilità gestionale etc..) la MG ha continuato ad operare, seppur regolamentando l'acceso con gli appuntamenti onde evitare affollamento delle sale d'attesa. Certamente si poteva fare di più anche sul territorio, specie se le cure primarie fossero state supportate da un'organizzazione distrettuale articolata e solida e non lasciate a se stesse da tempo, senza una *governance* e adeguati investimenti come dimostra la decennale vacanza contrattuale.

Il caso Lombardia

Sempre da una decina di anni si attende in Lombardia l'applicazione della Riforma Balduzzi, che doveva incentivare le aggregazioni dei Mmg o Aft e le strutture multiprofessionali della medicina territoriale. In compenso nella Regione è stata smantellata all'inizio del secolo la rete dei distretti sanitari, in nome della concorrenza tra aziende e gestori sul mercato sanitario, che invece potevano costituire assieme alle Aft un valido supporto organizzativo per far fronte alla pandemia coordinando la rete territoriale facendone emergere risorse e potenzialità. Di questo vuoto organizzativo stiamo pagando tutti, per un verso o per un'altro, le conseguenze.

Il testo completo dell'articolo è consultabile su: https://curprim.blogspot.com/

Tamponi rapidi: due pesi e due misure di sicurezza

Riceviamo e volentieri pubblichiamo una lettera aperta firmata da 127 medici di medicina generale lombardi che, in merito al dibattito sull'esecuzione dei tamponi rapidi negli studi dei Mmg, portano alla ribalta alcune contraddizioni relative agli standard di sicurezza necessari per eseguirli. Tali standard sono all'origine della nascita dei cosiddetti Car-Covid, ma sembrano essere completamente non presi in considerazione per gli studi dei medici di famiglia

Per mesi le strutture poliambulatoriali e distrettuali sul territorio sono rimaste chiuse al pubblico. Per poterle metterle in sicurezza dal punto di vista sanitario sono necessari diversi requisiti: idonei Dpi, distinti percorsi organizzativi tra pazienti Covid e non Covid come negli ospedali, entrata separata dall'uscita, aree filtro per la vestizione/svestizione del personale sanitario e per lo smaltimento dei Dpi usati in appositi contenitori, disinfezione dei locali adibiti ad attività diagnostiche dopo il loro utilizzo etc... Senza queste misure il rischio è quello di «contagiare» la struttura, come è accaduto con i Ps in primavera, favorire la diffusione del virus e mettere a rischio la salute degli operatori.
Nell'impossibilità di garantire queste misure di sicurezza i tamponi non vengono eseguiti all'interno dei laboratori analisi delle Ats ma all'aperto, nei cosiddetti Car-Covid. L'esecuzione del tampone in auto evita l'accesso dei pazienti in locali inidonei ed affollati e la sicurezza degli operatori è tutelata dalla dotazione di idonei Dpi. Solo a queste condizioni si può evitare che i medici vengano contagiati, come è accaduto a moltissimi colleghi durante la prima ondata epidemica ed anche nelle ultime settimane.
Ora, secondo un recente provvedimento, i tamponi antigenici rapidi dovrebbero essere eseguiti dai Mmg nei propri studi, generalmente molto più a rischio e inadeguati delle strutture sanitarie, per non parlare della loro collocazione in condomini affollati e con grande via vai di gente. Il rischio del contagio degli ambienti e dei medici può essere contenuto eseguendo i tamponi con le stesse protezioni personali garantite agli operatori dei Car-Covid ma soprattutto nelle stesse condizioni logistiche e funzionali (formazione, tamponi all'aperto, area dedicata alla vestizione/svestizione, adeguatamente ventilata e dotata di appositi contenitori per lo smaltimento dei Dpi utilizzati etc..) secondo le norme di sicurezza vigenti.

A mani nude

Dopo le perplessità manifestate dalla Medicina Generale per questa iniziativa si sente parlare, ancora una volta, di medicina del territorio impreparata e di medici latitanti. Dal mese di marzo i Mmg hanno continuato a seguire i malati cronici in studio ed in assistenza domiciliare, mentre le strutture poliambulatori e distrettuali sono rimaste chiuse al pubblico, anche per espletare solo atti amministrativi in uffici protetti dal contatto con gli utenti.
I medici di famiglia hanno continuato a curare e gestire i problemi di salute acuti "a mani nude" facendo fronte ad una crescente domanda di prestazioni, mentre venivano annullati ricoveri, visite specialistiche ed accertamenti diagnostici già programmati, anche da giugno fino a settembre quando il Covid era in letargo, e non era possibile accedere a nuove prestazioni.
I Mmg rispondono giornalmente a molte decine di telefonate della gente spaventata e disorientata, dando informazioni, appuntamenti, prescrivendo farmaci ed accertamenti mentre è praticamente impossibile comunicare con molte strutture sanitarie, come testimoniano le lettere al direttore dei cittadini e delle associazioni di malati, e come sperimentano quotidianamente loro stessi. I medici sono costretti a sprecare ore al computer nel tentativo di accedere a piattaforme o siti irraggiungibili per il cronico malfunzionamento dei sistemi operativi regionali.
La terapia e la gestione domiciliare dei pazienti Covid-19 è garantita dalle Usca, appositamente create a marzo anche per eseguire tamponi a domicilio e non dal Mmg, che aveva il preciso mandato di evitare i contatti con i pazienti sospetti o affetti, onde evitare ciò che accaduto in primavera quando quasi un centinaio dei colleghi contagiati sono morti.

Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone il PDF con le firme dei 127 Mmg Lombardi

No, non siamo kamikaze

Purtroppo, con la seconda ondata, è ricominciata ad infoltirsi la fila di croci dei medici compresi i Mmg. Ma non siamo dei kamikaze da mandare in una missione che fa un volo senza ritorno. A guidarci non è un passo del Bushido, il codice d'onore dello spirito guerriero che recita "se tornate, tornate morti". No, non siamo vittime sacrificali di una campagna mass mediatica che esige qualcuno da colpire dove in verità quelli da stigmatizzare dovrebbero essere gli "uomini al balcone". Come diceva Flaiano: "la situazione è tragica ma non è seria"

Alessandro Chiari
Segretario Regionale Fismu Emilia Romagna

Siamo forse stati tra i primi a paragonare la pandemia ad una guerra combattuta senz'armi o dove andava meglio con qualche arma, ma senza pallottole. E qua, tra la Linea Gotica e il Po, è da marzo che stiamo resistendo in un percorso segnato da lacrime e sangue.
Questa è una guerra asimmetrica dove l'asimmetria non è rappresentata dal coronavirus ma piuttosto, forse, dalla catena di comando. Nei tempi di guerra si chiedeva al soldato contaminato o ferito, attraverso una dotazione di emergenza, di restare vivo quel tanto che bastasse per assicurare comunque per qualche ora la presenza nelle linee.
Alcuni come noi, forse tra gli ultimi a fare il servizio militare, hanno imparato come sopravvivere in frangenti di guerra biologica, chimica, nucleare. Io, che nel 90 ero assistente di sanità negli Alpini, ricordo molto bene tutto questo, anche perché sono stato congedato poco prima della prima guerra del Golfo, che è stata una questione molto seria.

Il tempo degli influencers

Purtroppo il gladio, nella fossa toracica, ce l'ha infilato un qualche decisore molto influente che ci ha svenduti in massa, forse credendo che fosse una partita di scacchi dove si potesse utilizzare la strategia di muovere pedine sacrificabili. Qualche Collega molto attento ha detto che siamo sempre svenduti per un pugno di dollari. Personalmente abbiamo sempre pensato che Falcone e Borsellino continuino ad essere uccisi ogni giorno da molte parti sotto diverse forme.
Noi ci siamo schierati sempre dalla parte dei più deboli, non perché fossimo degli autolesionisti, ma piuttosto per difendere un principio fondamentale. Parliamo di un principio che, se dovesse prevalere, sarebbe fatale per la necessaria trasparenza e legalità rappresentate dal sistema sindacale e politico. Si tratta di un principio che consentirebbe di ignorare regole, accordi e convenzioni, che fisserebbe un'azione contraria alla ragione.
Tale principio, consta di una semplice affermazione, ovvero che la *forza si possa identificare con il diritto*, e questo non è accettabile.

L'interfaccia del malcontento

Fatto salvo che chi urla di più, non sempre ha ragione, l'interfaccia del malcontento, lo sportello proteste, del cittadino siamo noi e forse è questo che fa paura anche perché probabilmente l'ideologia, in questo tremendo 2020, non basta più per mandare gli uomini a morire. D'altro canto, ditemi come facciamo a spiegare al paziente, che ha visto in TV lo spot della campagna vaccinale la sera prima, che al momento di vaccini non ce ne sono più: il paziente è portato a credere che non vogliamo farlo per paura o magari perché pensa che ce li vendiamo. Quindi per il sistema vaccinale la tempistica è stata sbagliata, così come la programmazione, l'acquisto e la campagna; non siamo nemmeno convinti che vaccinare in piena pandemia non possa creare una finestra d'immunità ridotta per impegno

sistema immunitario nel produrre anticorpi che non renda più debole l'immunità stessa. La confusione viene amplificata anche dal paziente; uno mi ha detto che, se anche avessi avuto il vaccino, non se lo sarebbe fatto fare perché era sicuro, come altri suoi conoscenti, che il Covid fosse stato nei vaccini antinfluenzali dello scorso anno. In questa emergenza non possiamo più permetterci pazienti che vengono in ambulatorio senza una ragione clinica oppure dei *self prescriptor* che credono di essere in un supermercato medico. Ricordiamo che il paziente non ha solo diritti, ma anche doveri verso il medico, rispettando la guida clinica e le risposte del medico ma anche l'organizzazione ambulatoriale, le modalità di accesso e stazionamento di comunicazione anche se più dure e disciplinate come in questa crisi. Poi ti arriva l'idea maldestra che per fermare la pandemia sia necessario far eseguire i tamponi dai Mmg. Secondo molti Colleghi non sarà possibile eseguire i tamponi in sicurezza nella quasi totalità dei nostri ambulatori. Qualcuno si dovrà pur prendere la responsabilità dei morti comuni e di quelli sanitari.

La politica controlla la sanità

Per accontentare la politica bisogna accontentare gli elettori. A volte è necessario trovare le vittime sacrificali da dare in pasto al popolo attraverso una campagna mass mediatica: in fondo già Orson Welles in *Quarto potere* e Sidney Lumet in *Quinto potere* inquadravano questi canoni comunicativi per riaffermare il latino *divide et impera*. Possiamo riassumere l'approssimazione dell'attuale politica, nella differenza che esiste dal credere al capire. Questo è un grosso problema che riguarda gli imbarbarimenti della politica e l'inadeguatezza dei decisori: sembra di sentire gente che parla di qualcosa che non conosce. Non possiamo mettere la pandemia nelle mani della politica che dimostra sempre di più un'ostinata fermezza nel non ritornare sui propri passi né di considerare la possibilità di sbagliare e di aver sbagliato. Per dire di aver sbagliato ci vuole molto coraggio, ma ancor di più per dire *non so* occorre anche molta intelligenza. Prende sempre più piede l'idea che ci si muova più che su un progetto su una sorta di *captatio benevolentiae*. Viene utilizzato un maldestro *mix* tra politica del consenso e del convincimento al tempo stesso. Temiamo che il futuro possa assomigliare al passato, il vecchio thatcheriano, fondato sul *non c'è alternativa* (e in questo caso parlo di *lockdown* necessario), altrimenti arriverà la terza ondata e sarà distruttiva. La politica si piega a qualsiasi tipo di protesta annullando qualsiasi frontiera della cultura. Forse sì, dipende troppo dall'oracolo dove questo è rappresentato dallo *smartphone* che sembra indicare la via a questi improvvisati filosofi da parole crociate. *Liquid medicine* e algoritmi sono difficili da applicare sul campo. Siamo di fronte a macchine che seguono una loro procedura dove la sola cosa misurabile oltre al numero dei morti sarà l'indice di sopravvivenza dei medici di medicina generale in condizioni ostili: ogni resistenza è inutile, saremo assimilati. I medici sono anche stati messi in condizione di dover scegliere tra chi far vivere e morire e noi siamo profondamente convinti che non tocchi a noi scegliere chi deve morire come novelli dr. Mengele, noto professionista che esercitava dove il lavoro rendeva liberi. Per non passare da eroi a delinquenti, per non subire un'ingiusta *damnatio memoriae* dobbiamo fare capire che senza di noi non si sarebbe arginato e non si arginerà nulla. La nostra risposta deve essere nelle nostre mani che sanno cosa devono fare, non abbiamo niente da imparare, abbiamo imparato dalle nostre dure prove sul campo, dove sono caduti Colleghi, amici e pazienti, dove dobbiamo avere più supporto che nuovi compiti clinici e soprattutto burocratici. Già durante la fase uno della pandemia come medici di famiglia ci siamo trovati in una posizione molto difficile. Al manifestarsi della seconda ondata, tra l'altro prevista da molti di noi, con largo anticipo, il carico di lavoro ambulatoriale è cresciuto a dismisura. Ci siamo ritrovati sepolti ed invischiati in una serie di compiti burocratici che assolutamente non spetterebbero a noi, che non hanno fatto altro che rallentarci e portarci a lavorare in un modo che non è assolutamente funzionale a tutto ciò che sta accadendo. Abbiamo anche dovuto alzare l'asticella delle precauzioni ambulatoriali per far sì che l'ambulatorio non diventi un luogo di possibile contagio, rendendoci conto di essere i gestori di uno spazio ambulatoriale pericoloso per noi e per il cittadino. Se non si fa un vero lockdown dopo Natale ci sarà una terza distruttiva ondata, la gente non riesce più ad autodisciplinarsi. *"Timeo Danaos et dona ferentes"* disse qualcuno sulla spiaggia di Troia prima che la città fosse distrutta.

Siamo in prima linea e abbiamo il diritto-dovere di prendere parola

Sono medico di famiglia e specialista pneumologo a Bologna da oltre trent'anni, preoccupato per la situazione epidemiologica del nostro Paese e vorrei dare un piccolo contributo dettato dall'esperienza

Marcello Zanna - *Medico di medicina generale, Bazzano Valsamoggia (BO)*

La medicina territoriale ha un ruolo molto importante durante un'epidemia: siamo la prima linea di difesa. Troppi sono i medici di famiglia caduti per l'assoluta mancanza di protezione durante la prima ondata, quando i Dpi risultavano irreperibili. Anche di recente però, ci è toccato vedere in TV e sulle prime pagine dei principali quotidiani i "no mask". Purtroppo i media, per fare *audience*, danno troppo spazio a chi va controcorrente. Don Ferrante nei Promessi Sposi si avvale di tutti discorsi pseudoscientifici per asserire che di fatto la malattia non esiste. Già a quell'epoca si attribuiva la colpa agli untori e ai medici che diffondevano l'epidemia per proprio tornaconto personale. Chi urla che il virus non esiste, che il Covid è solo una diabolica invenzione per chiuderci in casa, chi afferma che il virus è morto, non dovrebbe avere tanto spazio nelle TV pubbliche e sui giornali. Siamo in guerra! Non possiamo continuare a piangere all'infinito sul latte versato, su morti evitabili. Il virus purtroppo esiste e non ha ideologie; la pandemia esiste ed è di tutto il popolo, come spiega bene il vocabolo greco: Pan=tutto, demos=popolo.
Ricordo che tremila anni fa, Ippocrate salvò Atene dalla peste dividendo le persone sane dalle ammalate, bruciando i morti di peste e le loro coperte. Tremila anni fa! Ora, se richiedo un tampone a un mio assistito con priorità alta, per sintomi da infezione da SARS-CoV-2, l'appuntamento gli viene fissato dopo una settimana e l'esito mi arriva dopo 9 giorni. Troppi. Per dieci giorni tutti i conviventi sono liberi di uscire e ovviamente alcuni diffondono il virus. L'alternativa, per i casi con sospetta polmonite interstiziale, è l'invio immediato in Pronto Soccorso.

Medici in prima linea

Il 90-95% dei casi positivi, viene però trattato al proprio domicilio, ponendo in quarantena tutti i conviventi per due settimane, fin dopo la negativizzazione del tampone. Alcuni familiari tuttavia nel frattempo si infettano e tutto ricomincia da capo. In tutti quei giorni di paura il medico di famiglia è, per gli ammalati e i loro familiari, pressoché l'unica fonte di informazioni, di consigli, di trattamenti farmacologici, di adempimenti burocratici. Il mio telefono è bollente a fine giornata. Ho dato alle persone in quarantena la mia piena disponibilità a contattarmi in caso di nuovi sintomi anche nei festivi. Quel che manca agli ammalati lievi è un piccolo, ma importante strumento per gestire tempestivamente la comparsa di un'eventuale polmonite interstiziale: il saturimetro. A chi è positivo al tampone e può permetterselo io lo prescrivo, non costa tanto. Dovrebbe essere il Ssn tuttavia a farsene carico, distribuendolo gratis a tutte le persone risultate positive al tampone. Questo virus diviene pericoloso quando attacca i polmoni, e il saturimetro aiuta a individuare precocemente questa temibile complicanza, che spesso richiede il ricovero e l'ossigeno.
Purtroppo noi medici in prima linea non abbiamo avuto fino a poco tempo fa linee guida ufficiali per la cura per i positivi a domicilio. Nella prima ondata si parlava di Azitromicina e antimalarici, ora di cortisonici e antitrombotici. Io penso che oggi lo studio più promettente per evitare il tracollo del Ssn, riducendo i posti letto occupati nelle rianimazioni, sia quello della Washington University School of Medicine di St- Louis, pubblicato di recente sulla prestigiosa rivista medica *JAMA* (Nov. 12, 2020). Questo studio, che ha coinvolto 152 ammalati, ha dimostrato un ruolo molto importante della fluvoxamina, farmaco comunemente

usato come antidepressivo, privo di particolari controindicazioni, nella prevenzione delle complicazioni polmonari nei pazienti colpiti dal virus. Ma abbiamo bisogno di direttive: non possiamo improvvisare prendendoci responsabilità individuali prescrivendo terapie off label e ancora sperimentali. Qualcuno a livello statale o regionale deve autorizzare questo protocollo di cura, e non c'è tempo da perdere.
L'unica cosa che ci viene imposta invece è la solita burocrazia asfissiante, con moduli on line da compilare per le denunce di nuovi casi, le guarigioni, le quarantene, certificati di riammissione a scuola e al lavoro.

Rsa in reparti Covid: una strage annunciata

Un collega della mia provincia mi ha riferito che suoi assistiti con polmonite da Covid sono stati dimessi da ospedali e rimandati ancora positivi nella Rsa che lui segue; io resto allibito. Le Rsa si devono considerare ad altissimo rischio epidemico, per la fragilità intrinseca degli ospiti, e l'asepsi per chiunque vi acceda si dovrebbe curare come avviene nelle sale operatorie, facendo entrare solo operatori adeguatamente sterilizzati e equipaggiati con Dpi appropriati.
Ove non sia possibile il distanziamento: sui mezzi pubblici, negli ascensori, negli ospedali, vanno rese obbligatorie le mascherine aderenti ffp2 senza valvola, molto più efficaci di quelle chirurgiche in presenza di aerosol contaminante nell'ambiente. Il virus resta attivo nell'aerosol per tre ore dopo l'emissione con il semplice respiro. Tra il 10/20% delle persone contagiate è responsabile dell'80% dei contagi: sono i cosiddetti "superdiffusori", o superspreader. Anche se il meccanismo generale che crea gli aerosol respiratori è lo stesso per tutte le persone, esistono numerose variazioni nella quantità di emissioni che ciascuno effettivamente produce. Basterebbe individuare questi superdiffusori per fermare la pandemia. Penso che prima o poi la scienza metterà a disposizione un test del respiro tipo l'alcol test per rilevare il virus dall'aria espirata. Intanto usiamo prudenza e buon senso: niente mascherine con valvola a nessuno nei luoghi pubblici!
Non ho idea di cosa succederà quando dovremmo fare i conti con l'epidemia influenzale, con sintomi molto simili a quelli del Covid nelle fasi iniziali. Per questo è importante la vaccinazione antinfluenzale di massa, soprattutto per i pazienti fragili e gli anziani. I vaccini tuttavia arrivano a singhiozzo, obbligando le nostre segretarie a disdire e riprenotare le vaccinazioni più volte. Si spera che non sarà lo stesso con il vaccino anti Covid, quando presumibilmente ci saranno problemi perché tutti lo vorranno subito, ma non ci sarà per tutti.

Il fattore tempo

I tamponi e le risposte in tempi brevi, all'esordio dei sintomi, sono fondamentali per limitare la diffusione del virus. In Germania i tamponi, che a marzo venivano effettuati a 160 mila la settimana, a maggio erano saliti a 400 mila. Ai primi di ottobre i tamponi erano oltre un milione, e questo ha reso possibile isolare i contagiati nel momento cruciale della ripresa dell'epidemia. In Germania ora si fanno 1,6 milioni di tamponi la settimana, pur avendo un numero di sintomatici assai inferiore al nostro, e la mortalità in Germania è molto bassa, con indice di trasmissibilità inferiore a 0,7. Secondo i criteri dell'Oms pubblicati a maggio, l'epidemia è considerata non più sotto controllo quando la percentuale di positivi ai tamponi supera il 5%. L'Italia ha superato questa soglia intorno al 6 ottobre, e le nostre autorità sanitarie non riescono a stare al passo con il numero di tamponi settimanali effettuati nel Regno Unito, in Francia, Germania o Spagna.
Non credo sia una buona idea affidare a noi, medici famiglia, l'esecuzione dei tamponi rapidi. Rischiamo di fare la stessa fine delle Rsa, con medici e assistititi contagiati dai positivi che entrano ed escono dalle nostre sale d'attesa con frequenza elevata. Non esiste solo il Covid per noi Mmg, dovendo gestire quotidianamente molte cronicità: la nostra attività già risente pesantemente dell'emergenza in atto, della vaccinazione in corso e di quella che verrà. Se poi, con questa assurdità dei tamponi presso il proprio medico si ammalassero dieci medici di famiglia, si sappia che 12-13.000 assistiti si ritroverebbero all'improvviso senza un riferimento di fiducia e i PS, già oggi al limite, ne pagherebbero le conseguenze.
Guarderei alla Germania come modello da seguire. In Germania ci sono 1.925 ospedali con circa 500 mila posti letto. I posti di terapia intensiva, che all'inizio della pandemia erano 28 mila, ora sono circa 40 mila di cui 30 mila con respiratore, mentre questi non arrivano a 7.000 in Italia, ma noi abbiamo optato per i banchi con le ruote!
Fondamentali, infine, in Germania i quasi 380 Gesundheitsämter, equivalente delle nostre Asl. Sono serviti a raccogliere i dati e soprattutto a tracciare i contagi: a maggio ci lavoravano 17 mila persone, in agosto 22.900. E i nostri *navigator*, che fanno? I nostri percettori del reddito di cittadinanza non potremmo metterli sotto a tracciare i contagi? Cosa si aspetta!

Anche nella seconda ondata i medici pagano un prezzo altissimo

Si allunga la lista dei medici e degli operatori sanitari che hanno perso la vita in questa seconda fase della pandemia.
"La strage degli innocenti continua, ed è la Medicina Generale a pagare il prezzo più alto - ha dichiarato il presidente della FNOMCeO Filippo Anelli - a livello organizzativo, qualcosa non sta funzionando, dobbiamo capire cosa"

Sono oltre 200 i medici morti per Covid-19. A partire dal primo ottobre oltre 30 medici ci hanno rimesso la vita e di questi più della metà sono medici di medicina generale o pediatri.
"È ricominciata la strage degli innocenti, e, anche questa volta, è la medicina generale a pagare il prezzo più alto". È quanto ha dichiarato il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici (FNOMCeO), **Filippo Anelli**. "È evidente che, a livello organizzativo, qualcosa non sta funzionando - precisa Anelli -. Dobbiamo capire cosa, per frenare questa tragedia. E, per far questo, dobbiamo avere dati omogenei. Dobbiamo comprendere se, in tutte le Regioni, sono stati distribuiti i dispositivi di protezione anche ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta, agli specialisti ambulatoriali, ai medici delle Rsa, del 118, ai liberi professionisti. Dobbiamo sapere quali sono i modelli organizzativi adottati dagli ospedali, e quali stanno funzionando meglio. Dobbiamo avere dati certi su quali Regioni abbiano attivato le Usca, che rappresentano il sistema di sicurezza sul territorio, l'omologo della distinzione tra 'percorso pulito' e 'percorso sporco' negli ospedali".
"Dobbiamo raccogliere dati anche sul *burnout* degli operatori sanitari - continua Anelli -. Perché sappiamo che l'esaurimento delle energie fisiche e mentali porta ad abbassare la guardia, aumentando il rischio di errore. Dove l'errore può essere *in primis* verso se stessi, allentando le difese e distraendosi nell'utilizzo dei dispositivi di protezione, non indossandoli, ad esempio, nella maniera corretta, o non togliendoli secondo le procedure".

Garantire la sicurezza

"Abbiamo il dovere di proteggere i nostri operatori sanitari, come fondamento per la sicurezza delle cure - ribadisce il presidente della FNOMCeO -. La sicurezza deve diventare una priorità, direi quasi un'ossessione. Per questi motivi ho chiesto al Ministro della Salute **Roberto Speranza** un incontro, per elaborare insieme una strategia e mettere in sicurezza i medici, in modo da proteggere anche i pazienti".
"Ogni morte, ogni contagio che colpisce un medico è un *vulnus* per tutto il Servizio Sanitario Nazionale - sottolinea - Filippo Anelli -. Per parafrasare il poeta John Donne, nessun medico è un'isola, ma è una parte fondamentale e insostituibile del nostro sistema di cure. Per questo, ogni volta che metaforicamente la campana suona, ogni volta che dolorosamente aggiungiamo un nome, il nome di un collega, di un amico, di un medico, sul nostro memoriale, non dobbiamo chiederci per chi suona la campana, perché suona per noi tutti. Ogni decesso è una sconfitta, una sconfitta dei sistemi di prevenzione e sicurezza, una sconfitta per il sistema di cure, per tutto il nostro Servizio Sanitario Nazionale".

A rischio la salute dei pazienti cronici

È l'allarme lanciato dalla Simg durante i lavori del 37° Congresso Nazionale, svoltosi di recente online. Con la pandemia il carico di lavoro per i Mmg è aumentato a dismisura complicando la gestione dei pazienti affetti da cronicità. Per la Simg la Medicina Generale ha bisogno di nuove risorse per rafforzare la prevenzione, la gestione delle prestazioni non differibili e la presa in carico del paziente cronico e fragile

Il 37° Congresso Nazionale, svoltosi di recente online ha portato sotto la luce dei riflettori, i principali problemi clinici che si presentano al medico di medicina generale e che dovranno essere affrontati con un approccio manageriale tenendo conto di un contesto che sempre più frequentemente coinvolge la comorbidità, la fragilità, la disabilità, l'età avanzata e, con questi, le politerapie. Problemi che hanno assunto una valenza ancora più stringente durante la fase pendemica che stiamo vivendo.

"Il Covid-19 è arrivato improvvisamente - ha sottolineato **Alberto Magni**, Responsabile Simg delle politiche giovanili -. L'emergenza ha determinato nella prima ondata uno sbilanciamento dell'attività professionale nei confronti della gestione del paziente affetto da Covid-19 e delle problematiche correlate alla gestione della pandemia. La gestione della popolazione affetta da patologie croniche nella prima fase della pandemia si è frammentata; abbiamo riorientato rapidamente dopo la prima ondata l'attività professionale nei confronti di tale popolazione; ora la ripresa dei contagi ha determinato un carico di lavoro della Medicina Generale che determina una forte pressione sugli operatori perché al lavoro ordinario si è sommata la gestione dell'emergenza oltre all'inizio della Campagna Vaccinale per l'Influenza 2020. Se non si riescono a gestire i pazienti affetti da cronicità si rischia di vedere le conseguenze di una mancata presa in carico in un secondo momento dovute alla mancanza di visite mediche, esami e follow up. Si parla molto di noi nella gestione del Covid, dimenticandosi che dobbiamo gestire l'attività ordinaria: ora che l'emergenza dura da 9 mesi, dobbiamo scegliere che indirizzo dare alle cure primarie. Se vogliamo gestire tutto l'aspetto del *contact tracing*, dobbiamo avere personale amministrativo aggiuntivo. Dobbiamo inoltre considerare che prima dell'inizio dell'emergenza, che vede tutto il Sistema Sanitario coinvolto, i Mmg sono passati da 7 contatti annui per paziente (intesi come ogni tipo di contatto medico assistito: accesso all'ambulatorio, visita domiciliare, richiesta di una prescrizione) nel 2009, a 10 contatti nel 2019, con un carico di lavoro aumentato del 30%. Nei pazienti ultra85enni la media è di 22 contatti l'anno. Con la pandemia, il carico di lavoro è esploso. Servono dunque nuove risorse per potenziare la Medicina Generale dotandola di personale amministrativo e infermieristico. Definendo nel dettaglio i carichi di lavoro e le competenze sarà possibile ridisegnare la Medicina Generale. Servono dunque nuove risorse per potenziare la Medicina Generale dotandola di personale amministrativo e infermieristico. Definendo nel dettaglio i carichi di lavoro e le competenze sarà possibile ridisegnare la Medicina Generale".

L'assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare in questi mesi di pandemia si è rivelata fondamentale, visto l'elevato numero di pazienti asintomatici o paucisintomatici.

"L'85% dei nostri pazienti con una diagnosi Covid vivono la malattia a casa, chi in maniera paucisintomatica, chi più complessa, ma sempre senza necessità di ricovero - ha evidenziato **Aurelio Sessa**, Coordinatore Regionale Simg-Lombardia - Proviamo a stratificare: asintomatici e paucisintomatici hanno bisogno di informazioni e consigli per una decina di giorni. Vi è poi il 10% che può sviluppare un'infezione alle basse vie respiratorie: il timore è che si arrivi alle polmoniti interstiziali. Questi pazienti possono essere curati a casa secondo protocolli terapeutico-assistenziali condivisi con le strutture di secondo livello: vengono messi in una sorta di lista e sono controllati due volte al giorno sui parametri vitali, attraverso un teleconsulto telefonico o su skype da parte del loro Mmg oppure attraverso centri servizi di cooperative. Le visite domiciliari possono essere effettuate dalle Usca, che sono colleghi della continuità assistenziale, e in alcune regioni dalle Adi-Covid- Assistenze Domiciliari Integrate, finalizzate ai pazienti Covid, mentre i Mmg operano prevalentemente in teleconsulto".

AGGIORNAMENTI

DIABETOLOGIA
Fragilità ossea nel paziente con diabete mellito

FARMACOLOGIA
Ciprofloxacina e moxifloxacina, un'ipotesi contro Covid-19

IPERTENSIONE ARTERIOSA
Deficit cognitivo nel paziente iperteso

NEUROLOGIA
Manifestazioni neurologiche dell'infezione da SARS-CoV2

ONCOLOGIA
Strategie per prevenire i tumori HPV-correlati

■ DIABETOLOGIA

Fragilità ossea nel paziente con diabete mellito

Il nuovo documento "La fragilità ossea nel paziente con diabete mellito" è il frutto di un gruppo di lavoro tra diverse società scientifiche (SID - SIE - SIGG - SIOT). La pubblicazione (disponibile in www.siditalia.it) fornisce indicazioni e raccomandazioni aggiornate per la valutazione del rischio, diagnosi, prevenzione e gestione del paziente con diabete e fratture da fragilità ossea.

▸ Diabete tipo 1

Il DM1 insorge precocemente, comportando un alto rischio di complicanze che compaiono in genere dopo la pubertà e dopo 5-10 anni dall'esordio: lo screening per le fratture, avvalendosi di una attenta anamnesi ed eventualmente di tecniche strumentali come la DXA, dovrebbe essere considerato già dalla fase finale della adolescenza. Particolare attenzione va posta alla lunga storia di malattia, le complicanze o un compenso glicemico non ottimale, fattori che sono associati a un aumentato rischio di frattura.

▸ Diabete tipo 2

Il DM2 presenta una patogenesi della fragilità ossea più complessa. I pazienti con pre-diabete o neodiagnosticati non presentano un aumentato rischio di fragilità ossea probabilmente per via dell'effetto anabolico dell'iperinsulinemia. Inoltre, nelle prime fasi della malattia i pazienti vengono generalmente trattati con metformina, che ha mostrato effetto neutro o addirittura positivo sull'osso. Tuttavia, lentamente la funzione delle cellule β diminuisce e si manifesta l'iperglicemia con conseguente glucotossicità e infiammazione, produzione di specie reattive dell'ossigeno e AGE, causando danni agli organi e aumentando il rischio di complicanze. In questa fase, le proprietà dei minerali ossei e la resistenza ossea sono compromesse. Spesso i pazienti ricevono un trattamento combinato con metformina e sulfoniluree, TZD, inibitori del DPP-4, SGLT2i, GLP-1 analoghi o il trattamento insulinico basale. Mentre gli analoghi del GLP-1 e gli inibitori DPP-4 hanno azione neutra o positiva sulla salute dell'osso, l'uso di TZD e sulfoniluree è stato associato ad un aumentato rischio di frattura. Da valutare nel tempo la sicurezza del canagliflozin, su cui i dati circa il rischio di frattura sono contrastanti. Inoltre, anche il trattamento con insulina, comporta un aumento del rischio di frattura.
Non è ancora chiaro se ciò è dovuto a una maggiore frequenza di episodi ipoglicemici associati al trattamento o al fatto che l'insulina di solito è prescritta in fasi più avanzate della malattia, quando sono spesso già presenti le complicanze. I DM2 con età >50 anni o con età inferiore che presentano già una frattura da fragilità o altri fattori di rischio legati al diabete, dovrebbero essere sottoposti ad esame densitometrico con DXA o altri metodi di screening ed eventualmente a valutazione morfometrica.
È importante ottenere un controllo glicemico più serrato nei giovani e meno stringente negli anziani, per evitare il rischio di ipoglicemie e, di conseguenza, di cadute. La scelta terapeutica dovrebbe cadere su farmaci con profilo neutro/positivo sul metabolismo osseo, evitando negli anziani i TZD, le sulfoniluree e l'eccessiva intensificazione del trattamento insulinico. Modelli di cura moderni come le unità ortogeriatriche dovrebbero guidare il percorso ospedaliero e domiciliare dei pazienti anziani con diabete fratturati.

▸ Conclusioni

È importante considerare che sia i pazienti con DM1 che quelli con DM2 necessitano di un'adeguata assunzione di calcio e vitamina D. La terapia anti-osteoporosi dovrebbe essere iniziata con un T-score <2.0 o in presenza di una frattura vertebrale o di femore. Tra i farmaci disponibili, anti-riassorbitivi e anabolici presentano maggiori evidenze cliniche nei pazienti con diabete. È imperativo che il paziente diabetico con ridotta massa ossea o fratture da fragilità venga sottoposto, oltre che a trattamento clinico, anche a percorsi di prevenzione delle cadute.

■ FARMACOLOGIA

Ciprofloxacina e moxifloxacina, un'ipotesi contro Covid-19

I due fluorochinoloni ciprofloxacina e moxifloxacina potrebbero rappresentare una possibilità anti-Covid-19. L'ipotesi, da indagare ulteriormente, emerge da una ricerca farmacologica in silicio condotta per dimostrare la capacità dei due antibiotici di interagire con Mpro, la principale proteasi del SARS-CoV-2.

▸ Razionale della ricerca

Da tempo la ricerca si è concentrata sui fluorochinoloni. È stato dimostrato infatti che questa classe di antibiotici potrebbe possedere un'attività antivirale come un'ampia gamma di attività antinfettive. Per esempio ciprofloxacina ha dimostrato di essere attiva contro altri agenti non batterici.
I fluorochinoloni possono avere proprietà antivirali (Vaccinia virus, polyomavirus, citomegalovirus umano, herpes simplex virus 1 e 2, virus dell'epatite C), antimicotiche e azioni antiparassitarie alle concentrazioni clinicamente ottenibili.
Questa vasta gamma di attività antinfettive è dovuta a una modalità d'azione comune: l'inibizione delle topoisomerasi di tipo II o inibizione delle elicasi virali. Perciò, i fluorochinoloni respiratori potrebbero essere considerati un trattamento aggiuntivo nella Covid-19.

A partire da queste osservazioni, Krzysztof Marciniec e il suo gruppo di lavoro hanno condotto un'analisi molecolare per verificare se i due fluorochinoloni fossero in grado di interagire con la principale proteasi del nuovo coronavirus. Clorochina e nelfinavir sono stati utilizzati come controlli positivi.

▸ Risultati

I ricercatori hanno evidenziato che i due fluorchinoloni studiati esercitano una forte capacità di legarsi alla proteasi principale della Covid-19 (Mpro). Secondo i risultati ottenuti ciprofloxacina e moxifloxacina si legano al sito attivo della proteina più forte del ligando nativo. Nel confronto con clorochina e a nelfinavir, i fluorochinoloni testati esercitano un numero maggiore di interazioni proteiche.

▸ Conclusioni e discussione

I ricercatori hanno rilevato la potenzialità capacità di di ciprofloxacina e moxifloxacina di interagire con Mpro, indicando la base per una possibile nuova strategia di trattamento.
Nel contesto analizzato, i ricercatori puntualizzano altre peculiarità: l'alta biodisponibilità dei fluorchinoloni e il grande volume di distribuzione. Inoltre sulla base delle buone proprietà farmacocinetiche, ciprofloxacina è in grado di raggiungere concentrazioni più elevate nei tessuti bersaglio rispetto al plasma, un'opportunità per il trattamento delle infezioni delle vie respiratorie e del tratto urinario. È stato evidenziato che la concentrazione del farmaco dopo somministrazione orale può raggiungere il valore nel tessuto polmonare fino a sette volte superiore a quella del siero. La ciprofloxacina può essere sicura assunta a dosi orali più elevate (superiori a 500 mg due volte al giorno) come una terapia a lungo termine e quindi potrebbero essere considerate diverse opzioni di dosaggio. La possibile doppia modalità d'azione potrebbe essere utilizzata in pazienti con Covid-19.
"Trovare nuove applicazioni per farmaci già approvati con il profilo farmacocinetico e di sicurezza consolidato è più economico oltre che molto più veloce rispetto allo sviluppo di una nuova molecola e può essere una strategia terapeutica efficace per superare alcune malattie" - scrivono gli autori, concludendo che: "Devono comunque essere condotti ulteriori studi in vitro e in vivo per chiarire l'efficacia dei fluorochinoloni testati, nuove ricerche che potrebbero rafforzare i risultati".

BIBLIOGRAFIA

- Marciniec K et al. Ciprofloxacin and moxifloxacin could interact with SARS-CoV-2 protease: preliminary in silico analysis. Pharmacological Reports ottobre 2020; 15: 1-9.

■ IPERTENSIONE ARTERIOSA

Deficit cognitivo nel paziente iperteso

La comparsa di un variabile grado di declino fino alla demenza conclamata nel paziente iperteso rappresenta il momento finale di un complesso percorso fisiopatologico iniziato molti anni prima. È quindi evidente l'opportunità di un intervento precoce.
Lo sviluppo di un variabile grado di deficit cognitivo fino alla demenza conclamata, sia di tipo vascolare che di tipo Alzheimer, rappresenta infatti un'evenienza piuttosto comune in chi nel corso della vita è stato esposto per anni all'azione lesiva dei diversi fattori di rischio CV, quali diabete e ipertensione. Il tema è stato ampiamente discusso al XXXVII congresso "Conoscere e Curare il Cuore" (Firenze, ottobre 2020).
Il paziente iperteso, anche senza evidenza clinica di malattia cerebrovascolare, presenta performance cognitive mediamente inferiori rispetto al normoteso. È interessante notare come la relazione tra PA e declino cognitivo sia di tipo lineare ed evidente già a partire da valori di pressione normali-alti.
Tale relazione dimostra l'esistenza di un *continuum* di danno cognitivo nell'iperteso che spazia da una modesta compromissione delle funzioni corticali superiori fino alla demenza conclamata. L'ipertensione arteriosa, infatti, rappresenta il più importante fattore di rischio modificabile per ictus che, a sua volta, oltre ad esacerbare l'iter evolutivo dell'Alzheimer, espone il paziente ad un aumentato rischio di demenza.
Il paziente iperteso, inoltre, è maggiormente esposto a lesioni cerebrovascolari ischemiche che, pur decorrendo spesso in forma asintomatica, possono portare allo sviluppo di demenza, soprattutto se numerose e bilaterali.
L'ipertensione è spesso associata al riscontro di *white matter lesions*, alterazioni della sostanza bianca cerebrale di frequente riscontro in pazienti con deterioramento cognitivo e caratterizzate da aree di demielinizzazione e restringimento del lume delle arterie di piccolo calibro.
Da ultimo, è possibile che alterazioni del flusso ematico cerebrale, distrettuali o diffuse, sostenute dall'esposizione dei vasi cerebrali a livelli tensivi cronicamente elevati, pur senza arrivare a determinare la comparsa di franche lesioni ischemiche, possano indurre una sofferenza metabolica neuronale capace di innescare, nel corso del tempo, i fenomeni infiammatori e degenerativi neuronali che sottendono alla malattia di Alzheimer; fenomeni nei quali l'accumulo di B-amiloide e di altre proteine neurodegenerative gioca un ruolo centrale.
Dopo l'estrinsecazione clinica della demenza, i livelli pressori spesso tendono progressivamente a diminuire, anche fino alla normalizzazione, probabilmente per la ridotta percezione da parte del paziente degli stimoli ambientali ipertensivanti e per una possibile influenza diretta di lesioni cerebrali dementigene sui meccanismi di regolazione della pressione arteriosa.

▸ Trattamento antipertensivo

Numerosi studi longitudinali hanno portato ad ipotizzare che il trattamento antipertensivo possa rappresentare un prezioso strumento per prevenire la comparsa del deterioramento cognitivo e della demenza. Tra gli altri si ricordano i risultati dello studio SPRINT MIND, che hanno fornito la prima convincente dimostrazione dell'efficacia della terapia antipertensiva nel prevenire il declino cognitivo senile.

▸ The earlier, the better

Sulla base delle più recenti evidenze e dunque evidente l'opportunità di un intervento precoce che valga a disinnescare il prima possibile i meccanismi fisiopatologici sottesi allo sviluppo e alla progressione del declino cognitivo nel paziente iperteso.

BIBLIOGRAFIA

- Hughes D, Judge C, Murphy R, et al. Association of blood pressure lowering with incident dementia or cognitive impairment a systematic review and meta-analysis. *Jama* 2020; 7:1934-44.
- SPRINT MIND Investigators for the SPRINT Research Group. Effect of intensive vs standard blood pressure control on probable dementia: a randomized clinical trial. *JAMA* 2019; 321(6): 553-61.

■ NEUROLOGIA

Manifestazioni neurologiche dell'infezione da SARS-CoV2

La pericolosa relazione tra Covid-19 e malattie neurologiche è stata un tema centrale al congresso digitale della Società Italiana di Neurologia, svoltosi a fine novembre. **Carlo Ferrarese**, Direttore del Centro di Neuroscienze di Milano, Università di Milano-Bicocca, tra i relatori, ha illustrato l'esperienza internazionale e quella italiana, di cui pubblichiamo una sintesi.

"Come per gli altri coronavirus, anche il virus SARS-CoV2 può raggiungere il SNC per via ematogena o attraverso alcuni nervi cranici (olfattorio, trigemino, glossofaringeo, vago). Il virus infatti si lega con la proteina spike, espressa sulla superfice delle particelle virali, al recettore ACE2 presente su molte cellule: negli epiteli nasali, respiratori, intestinali, nelle pareti dei vasi e anche nelle cellule cerebrali. Inoltre, è stato recentemente dimostrato che un'altra proteina, la neuropilina-1, altamente espressa nei nervi olfattivi, può favorire l'ingresso del virus in tali cellule.

I primi dati relativi a complicanze neurologiche nella Covid-19 sono stati riportati in uno studio effettuato negli ospedali di Wuhan (gennaio-febbraio), che ha evidenziato che su 214 pazienti ricoverati vi era un 36% di complicanze neurologiche, che arrivava al 45% nei casi più gravi. I sintomi neurologici rientrano in tre categorie.

- **Espressioni neurologiche da coinvolgimento del SNC**: cefalea, vertigini, disturbi dello stato di coscienza (confusione, delirium, fino al coma), encefaliti da infezione diretta o su base autoimmune, manifestazioni epilettiche, disturbi motori e sensitivi, spesso legati a ictus ischemici o emorragici.
- **Sintomi di compromissione del sistema nervoso periferico**: anosmia, iposmia, cacosmia, ageusia, disgeusia, sofferenza diretta o su base immuno-mediata dei nervi periferici (neuralgie, sindrome di Guillan-Barré).
- **Sintomi da danno muscolare scheletrico**: mialgie intense, spesso correlate a rialzo di CPK.

▸ Esperienza italiana

Va segnalata tra le altre, l'ampia casistica di 1.760 pazienti Covid-19 ricoverati a Bergamo, nei quali si sono osservati 137 casi (8%) di complicanze neurologiche severe, in prevalenza ictus ischemici.

In Lombardia, lo studio Strokovid è stato condotto in dieci centri identificati come hub per l'ictus e ha dimostrato una maggiore incidenza e una maggiore severità di ictus nei pazienti Covid-19 rispetto ai soggetti non affetti da Covid-19. Questo può essere legato alle alterazioni della coagulazione innescate dal legame del virus alla parete dei vasi. Inoltre, un meccanismo di danno del sistema nervoso in seguito all'infezione virale può essere legato ad una abnorme attivazione del sistema infiammatorio ed immunologico, con produzione di citochine, che possono facilitare un danno immuno-mediato. Proprio per questo il cortisone oltre agli anticoagulanti vengono spesso utilizzati nelle forme gravi di Covid-19.

Un altra problema riguarda le complicanze neurologiche post-infettive. Negli ambulatori post-Covid sono emersi vari problemi quali astenia protratta, disturbi di concentrazione, a volte disturbi di memoria, che potrebbero essere collegati a piccoli danni vascolari o infiammatori del sistema nervoso, con ripercussioni a distanza.

Per documentare tutte le possibili manifestazioni neurologiche all'esordio, durante o post-infezione, la SIN ha promosso uno studio osservazionale in 45 Neurologie con follow-up previsto fino a giugno 2021, salvo ulteriori estensioni.

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

■ REUMATOLOGIA

Osteoartrosi in pratica clinica: approccio multimodale

L'osteoartrosi (OA) rappresenta uno dei motivi più frequenti di ricorso alla medicina generale ed è tra le patologie a maggior impatto sociale che incidono sull'operato del Mmg. Secondo i dati Health Search 2019 la prevalenza di OA è del 20.6%, con un maggior riscontro negli ultra85enni e nella popolazione femminile. Gli scenari tipici di osteoartrosi con cui i Mmg si confrontano più di frequente fanno riferimento ad OA precoce, OA polidistrettuale e OA a prevalente componente infiammatoria. Tra le cause di accesso a visita medica dal Mmg risulta anche la lombalgia.

Osteoartrosi precoce

Ad oggi non è ancora disponibile una definizione universalmente accettata di OA precoce e questo rende difficile effettuare una rapida identificazione di malattia e, di conseguenza, strategie terapeutiche tempestive. Tuttavia, tre concetti ne definiscono le caratteristiche: insorgenza sintomatologica precoce, giovane età, alterazioni radiografiche artrosiche iniziali.
Una corretta anamnesi volta all'identificazione e alla correzione dei fattori di rischio modificabili, quali sovrappeso, malallineamento o dismetria degli arti inferiori, *overuse* articolare, che incidono sull'evoluzione di patologia verso stadi più avanzati, nonché la valutazione dell'intensità del dolore e delle sue caratteristiche (nocicettivo, neuropatico) è fondamentale per impostare la strategia terapeutica.

• *Percorso terapeutico*

L'approccio volto al controllo dei sintomi e al rallentamento della progressione strutturale di malattia dovrebbe essere multimodale e basato sulla personalizzazione delle scelte terapeutiche, tenendo conto anche della riabilitazione.
Nella gestione degli episodi di dolore una valida possibilità sono gli analgesici e i Fans, favorendo la minor dose possibile per il minor tempo possibile, valutando l'associazione o meno con IPP e la tipologia di Fans. In presenza di fattori di rischio gastrointestinali conclamati andrebbero considerati i Coxib (come etoricoxib). Sulla base della sua sicurezza, la condroprotezione trova ampio utilizzo nella pratica clinica, anche nel lungo termine. Considerando la lunga durata della malattia artrosica, la somministrazione sequenziale di più molecole o la sinergia di più composti (come glucosamina, condroitinsolfato e collagene di tipo II) fin dagli stati precoci di malattia, sono opzioni terapeutiche estremamente utili. In queste fasi è indicata anche la viscosupplementazione delle articolazioni più coinvolte e sintomatiche, con una ciclicità personalizzata delle iniezioni, considerando la *safety* del trattamento e la gestione dei sintomi nel lungo termine.

Osteoartrosi polidistrettuale

Il dolore presente a carico di più articolazioni (mani, ginocchia, anche, rachide, ecc), spesso con un distretto più coinvolto, è la caratteristica principale dell'OA polidistrettuale. Proprio perché le origini della sintomatologia potrebbero essere diverse, sono fondamentali diagnosi differenziale e valutazione delle componenti etiologiche del dolore (meccanico, infiammatorio, muscolare, neuropatico). Le linee guida OARSI *(Osteoarthritis Research Society International)* tengono in considerazione la presenza di comorbidità e se più articolazioni sono coinvolte nello stesso momento.

• *Percorso terapeutico*

A partire dalla pratica di esercizi riabilitativi finalizzati al rinforzo muscolare e dalla gestione di fattori di rischio modificabili, *in primis* il peso, è stato sviluppato un dettaglio di quali trattamenti risulterebbero più indicati in pazienti affetti da OA polidistrettuale in presenza

o meno di comorbidità. La terapia sistemica si avvarrà di analgesici e Fans (per es. dexibuprofene) non solo per la gestione del dolore, ma anche per facilitare il percorso riabilitativo. La scelta deve prendere in considerazione le caratteristiche del paziente e le eventuali controindicazioni Come per esempio in caso di fattori di rischio gastrointestinali conclamati andrebbero considerati i Coxib (come etoricoxib)
I condroprotettori orali (compresa loro sequenzialità e combinazione come glucosamina, condroitinsolfato e collagene di tipo II) assumono oltre al ruolo di prevenzione anche quello di trattamento. L'eventuale componente neuropatica e/o muscolare del dolore prevede l'uso di di neuroprotettori (vitamine del gruppo B, vitamina E, acido tiottico, boswellia, fosfolipidi, ecc) e miorilassanti.
Alla terapia sistemica può essere associata la terapia locale al fine di ridurre il carico farmacologico sistemico e/o di ottenere maggiori risultati terapeutici in determinati distretti maggiormente sintomatici e nelle piccole articolazioni. La terapia topica con Fans può rappresentare una valido approccio terapeutico, soprattutto in condizioni in cui i Fans non siano raccomandati o negli anziani in presenza di comorbidità a rischio. La viscosupplementazione, in base all'articolazione coinvolta (ginocchia, anca, spalla e caviglia), rappresenta un'ulteriore strategia da applicare nelle grandi articolazioni in presenza di grado radiologico KL da 1 a 3.

Osteoartrosi a prevalente componente infiammatoria

Dolore articolare con frequenza, intensità e durata variabili con modici caratteri infiammatori sono le principali caratteristiche dell'OA a prevalente componente infiammatoria, con episodi di *flare* in corso di patologia conclamata (in questo caso vanno escluse artropatie da cristalli). Fondamentale rimane l'analisi del sintomo dolore associato, che presenta caratteri infiammatori.

• *Percorso terapeutico*

In corso di infiammazione acuta, il trattamento con Fans e steroidi intrarticolari è il primo step di trattamento cui è utile far seguire viscosupplementazione ciclica per prevenire ulteriori *flare* e mantenere una bassa sintomatologia articolare.
La scelta del principio attivo si valuta secondo il profilo specifico del paziente e i suoi fattori di rischio e in casi conclamati di rischio gastrointestinale valutare l'uso di Coxib. I Fans possono essere sia sistemici che topici: per l'ottimizzazione del trattamento topico è importante considerare le caratteristiche dei meccanismi transdermici, nella fattispecie la concentrazione e la forma farmaceutica per una migliore penetrazione/diffusione del principio attivo (per esempio diclofenac 4%). Può trovare applicazione anche l'utilizzo di integratori ad azione antinfiammatoria (per es. boswellia).

Lombalgia

La diagnosi differenziale rappresenta un passaggio fondamentale e il processo diagnostico in corso di dolore lombare deve considerare che il dolore può originare da cause strutturali, neurogeniche o extraspinali. Questo è un un passaggio fondamentale per determinare l'approccio terapeutico, che si baserà sull'associazione di più sostanze, quali analgesici (sistemici o locali), Fans (sistemici o locali), miorilassanti. Nel caso di una componente neuropatica, andranno valutati antidepressivi triciclici, SNRI, gabapentinoidi, Degno di considerazione è l'uso di oppioidi forti a basso dosaggio e a breve termine, e in presenza di una componente neuropatica, può essere considerato l'utilizzo di tapentadolo. La riabilitazione gioca un ruolo importante sia nelle fasi acute e subacute che in fase cronica.

BIBLIOGRAFIA

- XII Report Health Search (2019). www.healthsearch.it
- Bannuru RR et al. OARSI Guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 2019; 27:1578-89.
- Migliore A et al. Osteoartrosi: percorsi diagnostico terapeutici per la pratica clinica. *GIOT* 2020; 46: 211-22.

■ ONCOLOGIA

Strategie per prevenire i tumori HPV-correlati

Prevenzione attraverso programmi di vaccinazione universale, screening precoci con l'HPV-DNA test, migliori trattamenti, crescita della sensibilizzazione ed educazione sul tema dei tumori HPV-correlati. Sono i punti del piano di intervento dell'European Cancer Organization congiuntamete all'OMS che ha lanciato la strategia di eliminazione del cancro al collo dell'utero, che si pone l'obiettivo di ridurre, entro il 2050, di oltre il 40% i nuovi casi di malattia e di 5 milioni i decessi.

Nel nostro Paese sono scesi in campo AIOM (Associazione Italiana Oncologia Medica), **Walter Ricciardi**, presidente della Mission Board for Cancer della UE ed esponenti delle istituzioni sanitarie, con l'obiettivo di raggiungere il 90% delle quindicenni immunizzate, il 70% delle donne con uno screening HPV-DNA test effettuato entro i 35 anni, ed ancora, che entro i 45 anni, il 90% delle donne con lesioni precancerose o cancro della cervice siano in trattamento.

▸ Numeri italiani

Secondo i dati del Ministero della Salute, solo il 60% delle ragazze che rientrano nel target primario del programma di immunizzazione risulta protetto contro i tumori correlati all'HPV e solo una donna su due ha eseguito il pap-test o HPV-DNA test. Questo nonostante siano pienamente disponibili e gratuiti i programmi di prevenzione primaria e secondaria, e ci sia completo accesso a tutti i trattamenti.

È ormai noto e dimostrato il legame tra il papilloma virus e alcune forme di cancro: in Italia è responsabile di oltre 6.500 nuove diagnosi l'anno di tumori non solo alla cervice uterina (2.400/anno), ma anche dell'ano, oro-faringe, pene, vagina e vulva.

"Troppi uomini e donne sono ancora esposti al rischio evitabile di malattie oncologiche. Oltre il 75% delle donne sessualmente attive si infetta nel corso della propria vita con il papilloma virus. Non tutti questi contagi determinano un tumore, ma il rischio oncogeno aumenta, così come le possibilità di trasmettere l'agente patogeno durante i rapporti" - commenta **Saverio Cinieri**, presidente eletto AIOM.

L'auspicio è quello di rinforzare i sistemi di prevenzione, che oggi subiscono uno scotto maggiore a causa dell'emergenza pandemica e di creare un PDTA per l'HPV, in grado di prendere in carico i pazienti nella precoce individuazione di insorgenza tumorale.

▸ Vaccino: nuovi dati

Nuove evidenze sull'efficacia del vaccino contro il papillomavirus umano emergono da un ampio studio del Karolinska Institutet di Stoccolma. I risultati provengono da due registri di popolazione svedesi, dove la vaccinazione per le ragazze di 13 anni è iniziata nel 2006. I ricercatori hanno esaminato i dati fino al 2017.

Su circa 1,7 milioni di ragazze, quelle che si sono vaccinate tra il 2006 e il 2017 presentano un tasso di prevalenza di cancro della cervice nettamente minore di quello che si registra fra le donne non vaccinate. Tra le donne non vaccinate, 1.145.122, sono stati registrati 538 casi di cancro della cervice invasivo, mentre nelle 527.871 vaccinate 19 casi.

Dopo l'aggiustamento per covariate come anno, residenza e caratteristiche dei genitori, il gruppo di ricerca ha calcolato che la vaccinazione quadrivalente è stata in grado di prevenire il 63% dei tumori. Il beneficio si è rivelato statisticamente significativo, in particolare quando è stata considerata l'età di vaccinazione. Se effettuata prima dei 17 anni, la vaccinazione è stata in grado di prevenire l'88% dei casi di cancro della cervice. Le donne che si sono vaccinate più tardi, fino ai 30 anni, hanno conosciuto un tasso di protezione del 53%.

BIBLIOGRAFIA

- Lei J, Ploner A, Sparén P et al. HPV Vaccination and the risk of invasive cervical cancer. *N Engl J Med* 2020; 383(14): 1340-48.

Detersione delle lesioni cutanee croniche in Medicina Generale

La detersione delle ferite può essere effettuata efficacemente nell'ambulatorio del Mmg con le soluzioni detergenti più idonee per le diverse lesioni cutanee valutando con razionalità e competenza le molteplici opzioni disponibili

Stefano Riccardi - *Specialista Wound Care, Medico di Medicina Generale, ASL RM6 H1*
Liliana Dulach - *Infermiera ambulatorio Medicina Generale*

La valutazione iniziale di una lesione cutanea complessa consiste nella verifica teorica della sua guaribilità o meno: pertanto rimosso il meccanismo causale, verificata la vascolarizzazione dei tessuti, valutato il compenso delle patologie concomitanti rimane da trattare l'eventuale contaminazione/colonizzazione/infezione della lesione. Quindi ai fini della preparazione del letto di ferita la valutazione dell'essudato, dell'infezione e la loro eliminazione è condizione essenziale per la guarigione della lesione.
È noto da tempo che la composizione dell'essudato nelle ferite croniche può rallentare o bloccare il processo di guarigione: quindi dallo studio del microambiente del letto di ferita si possono trarre indicazioni sul processo di guarigione e sulla utilità delle medicazioni eseguite.

• *Valore del pH del letto di ferita*

Il parametro esaminato nel presente studio è il valore del pH del letto di ferita. Il pH della cute integra ha valore compreso fra 4,8 e 6, mentre i fluidi interstiziali mostrano un pH più elevato vicino alla neutralità. Il valore più basso del pH della cute integra è dovuto principalmente alla presenza di una barriera acida, una protezione naturale rispetto all'ambiente esterno.
È stato osservato in numerosi studi che le lesioni croniche sono caratterizzate da un pH elevato; nelle ferite infette la prima colonizzazione è generalmente sostenuta da Stafilococchi coagulasi negativi, perché il pH ottimale per la loro crescita è attorno alla neutralità. Successivamente con l'aumento del pH possono riscontrarsi *Pseudomonas Ae.* ed Enterococchi.
Quando la ferita è da lungo tempo cronicizzata, il pH è decisamente alcalino ed in anaerobiosi si possono riscontrare germi che proliferano agevolmente in queste condizioni come peptostreptococchi.
L'acidità della pelle rappresenta quindi un meccanismo di protezione, un microambiente sfavorevole alla crescita di batteri e funghi che necessitano di un pH >6 per la loro replicazione.
All'interno della cute lesa permane inizialmente un pH acido, quale risultato dell'equilibrio fra il sangue, alcalino, e l'infiammazione, processo acuto in cui si liberano acidi. In ambiente alcalino inoltre aumenta l'attività delle proteasi favorendo più il processo di proteolisi che la sintesi della matrice necessaria per la riparazione. L'elevata concentrazione di proteasi a pH alcalino 7-8 porta ad un incremento dei processi di degradazione della matrice extracellulare degradando il tessuto di granulazione neo-formato e le proteine endogene, biologicamente attive, come le citochine e i fattori di crescita.
Quando il pH <4 le proteasi sono invece inattivate in maniera irreversibile. La riduzione del pH del letto di ferita al di sotto di 7 rallenta l'attività enzimatica delle proteasi. Analogamente i fattori di crescita e gli antibiotici necessitano di un ristretto range di pH nel microambiente della ferita infetta.
Infine la liberazione di ossigeno, dal plasma ai tessuti, è influenzata dal pH del microambiente:

in base alla curva di dissociazione dell'emoglobina maggiore è l'acidità maggiore sarà il rilascio di ossigeno.
Alla luce di tali premesse è stato condotto uno studio con lo scopo di:
- verificare se la detersione fosse in grado di correggere lo squilibrio biochimico del letto di ferita;
- valutare la capacità dell'agente chimico detergente di correggere il pH del letto di ferita e di osservarne il viraggio verso un valore minore di pH, preferibilmente acido.

Materiali e metodi

Il primo passo della medicazione consiste nella detersione della ferita che permette la rimozione delle scorie superficiali, i residui della precedente medicazione ed una migliore visualizzazione della ferita: è possibile effettuare una detersione "attiva"? In altre parole l'operatore può modificare il microambiente della ferita con la detersione?
Il parametro valutato nel presente studio è stato il pH del letto di ferita e la possibilità di modificarlo utilizzando una soluzione detergente in grado di far virare il microambiente verso l'acidità.
Ad ogni cambio di medicazione per la detersione è stata utilizzata la soluzione elettrolitica di sodio ipoclorito 0,05%. Occorre ricordare che il tempo di cambio ed il tempo di osservazione erano variabili perché in funzione della lesione cutanea trattata e soprattutto dell'andamento del processo di guarigione.

• *Soluzione elettrolitica di sodio ipoclorito 0,05%*

La soluzione elettrolitica di sodio ipoclorito 0,05 % appartiene alla classe antisettica dei derivati del cloro. Il meccanismo di azione dei composti del cloro è legato alla dissociazione dell'ipoclorito in acido ipocloroso, massima con pH tra 4 e 7. La soluzione elettrolitica di sodio ipoclorito 0,05% ha un pH 9: poiché il pH nelle lesioni cutanee è generalmente compreso tra 6,5 e 8,5 nel momento in cui la soluzione entra in contatto con il microambiente della lesione la quantità di acido ipocloroso indissociato aumenta; la successiva dissociazione dell'acido ipocloroso porta alla liberazione di cloro attivo.
La valutazione del pH è stata effettuata con strisce reattive poggiando l'indicatore sul letto di ferita come illustrato nelle figure del testo. Il colore ottenuto con la cartina campione, confrontato con la scala dei colori presente sulla confezione, permette di risalire al valore di pH del letto di ferita.
Al fine di verificare l'attendibilità delle strisce reattive è stato effettuato un campionamento con succo di limone: la *figura 1* indica chiaramente la congruità del risultato.
La detersione è stata effettuata con le seguenti modalità: dopo l'irrigazione della ferita con soluzione fisiologica veniva applicato un impacco di garza sterile imbevuto di soluzione elettrolitica di sodio ipoclorito 0,05% e lasciato agire per 12 minuti.
Successivamente veniva controllato il pH del letto di ferita come indicato nelle illustrazioni del testo.

FIGURA 1

Strisce reattive

Campionamento con succo di limone e congruità del risultato

Discussione e conclusioni

I pazienti esaminati con un criterio casuale hanno presentato al controllo del pH un valore, cioè un colore, decisamente ba-

sico, nonostante il letto di ferita mostrasse segni evidenti di miglioramento del processo di guarigione.
Le diverse immagini in *figura 2* mostrano chiaramente la prevalenza del colore corrispondente a valori di pH uguale o maggiore di 8. Probabilmente il tempo di contatto della soluzione detergente con il letto di ferita è stato insufficiente a modificare il valore del pH, ma congruo per facilitare il processo di guarigione della ferita e quindi nel futuro verranno testati tempi di contatto dell'antisettico superiori.
Sarebbe opportuno eseguire contemporaneamente un tampone del letto di ferita per esame colturale ed antibiogramma al fine di verificare la presenza di microorganismi patogeni. Inoltre sarebbe utile utilizzare nelle prime fasi un detergente acido, che mantenga tale proprietà indipendentemente dal pH del letto di ferita: la soluzione elettrolitica di sodio ipoclorito 0,05% dissocia infatti in funzione del pH del letto di ferita.
Concludendo si può affermare che nell'ambulatorio del medico di medicina generale, che deve rivendicare professionalmente ed economicamente una maggiore incidenza nella gestione delle lesioni cutanee, la detersione delle ferite possa essere effettuata efficacemente con le soluzioni detergenti più idonee per le diverse lesioni cutanee valutando con razionalità e competenza le molteplici offerte del mercato farmaceutico.

FIGURA 2

Controllo del pH del letto di ferita

Sepsi e shock settico

Definizioni aggiornate ed evoluzione dei criteri di gestione

Nei pazienti che presentano infezione e sospetta disfunzione d'organo dopo la valutazione anamnestica e clinica, la diagnosi di sepsi deve essere messa seriamente in conto e il soggetto andrebbe tempestivamente inviato alla struttura ospedaliera essendo di fronte ad una patologia tempo-dipendente

a cura di: **Pasquale De Luca**[1]
con la collaborazione di: **Antonio De Luca**[2], **Giuseppe Di Pumpo**[3], **Vito Sollazzo**[4], **Michele Di Pumpo**[1], **Michele Carella**[1], **Angelo Benvenuto**[5]

La sepsi è una condizione comune e pericolosa per la vita il cui riconoscimento ed avvio del trattamento richiedono tempestività. La diagnosi e la terapia della sepsi e dello shock settico sono fondamentali per il medico, il quale deve avere competenza sugli indicatori clinici e di laboratorio delle insufficienze d'organo evidenti o più nascoste, sul controllo delle fonti di infezione e sui protocolli di rapida individuazione dei segnali precoci dello shock settico.

Introduzione

La diagnosi di sepsi ha subito una metamorfosi fin dall'avvio delle definizioni standardizzate nel 1991. Allontanandosi dai criteri della *systemic inflammatory response syndrome (SIRS)* precedentemente impiegati, nel 2014 la Society of Critical Care Medicine e la European Society of Intensive Care Medicine hanno convocato un gruppo di lavoro e, attraverso un processo di consenso di esperti, nel 2016 sono giunte a concordare definizioni e criteri aggiornati da sottoporre a verifica clinica.
Il Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock ("Sepsis-3") ha ridefinito la sepsi come "un'insufficienza d'organo pericolosa per la vita causata da una sregolata risposta dell'organismo all'infezione". Il Sepsis-3 ha anche ridefinito lo shock settico come "un'ipotensione refrattaria alla rianimazione con fluidi", con la necessità di vasopressori per il mantenimento della pressione arteriosa media (MAP) ≥65 mmHg e con i lattati >2 mmol/l. Il Sepsis-3 ha introdotto infine nuove osservazioni sulla biopatologia della sepsi, sulla mancanza di sensibilità e specificità dei criteri SIRS e, sull'eccessiva attenzione all'infiammazione come parte in causa delle alterazioni.
Le definizioni aggiornate nel Sepsis-3 si incentrano sull'insufficienza d'organo nel caso di infezione, che può essere quantificata usando il *Sequential (sepsis-related) Organ Failure Assessment (SOFA) score*. Il Sepsis-3 ha prodotto anche uno strumento di valutazione al letto del paziente per la sepsi nei soggetti affetti da infezione non ricoverati in Terapia Intensiva, denominato *quick SOFA (qSOFA) score*. Altri due metodi di classificazione complementari della sepsi, basati primariamente su anormalità fisiologiche, sono *l'Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE III score)* e il *Mortality in Emergency Department (MEDS score)*: ognuno di questi permette di stratificare la prognosi. Le anomalie immunitarie indotte dai patogeni infettanti o dal danno ai tessuti producono sia gli aspetti infiammatori che immunosoppressivi della malattia, provocando disfunzioni d'organo e possibile morte. La sepsi può portare ad anomalie cellulari e deficit di perfusione, causando quindi lo shock settico.

[1] Dirigente Medico S.C. di Medicina Interna Ospedale "T. Masselli-Mascia" San Severo ASL Foggia
[2] Dirigente Medico S.C. di Cardiologia-UTIC Ospedale "T. Masselli-Mascia" San Severo ASL Foggia
[3] Direttore S.C. Pronto Soccorso - IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" S. Giovanni Rotondo (FG)
[4] Direttore S.C. Cardiologia-UTIC Ospedale "G. Tatarella" Cerignola ASL Foggia
[5] Direttore S.C. di Medicina Interna - Ospedale "T. Masselli-Mascia" San Severo ASL Foggia

CASO CLINICO

Un uomo di 65 anni affetto da BPCO e diabete mellito giunge in Pronto Soccorso con una tosse produttiva (espettorazione verdastra) da una settimana, dispnea da sforzo e febbre con fastigio fino a 39.0°C. La settimana precedente, aveva praticato la vaccinazione antinfluenzale.
I parametri vitali sono: FC 120 bpm, FR 24 atti/min, PA 90/60 mmHg, SO_2 85% in aria ambiente. L'emocromo mostra una conta leucocitaria di 26.800 con l'85% di polimorfonucleati. Funzionalità epato-renale nei limiti della norma.
All'EO sono presenti rantoli alla base polmonare destra, sibili in- ed espiratori con tachicardia.
L'Rx del torace evidenzia una polmonite del lobo inferiore destro e del lobo superiore sinistro, con falda di versamento pleurico bibasale.
Il paziente viene quindi ricoverato in Medicina Interna, dove inizia immediatamente trattamento antibiotico con amoxicillina+acido clavulanico (previa esecuzione di emocolture), oltre a cristalloidi, broncodilatatori e antipiretici. La febbre persiste in maniera discontinua per i primi 5 giorni, per cui viene aggiunta in terapia la levofloxacina. Un solo campione di emocoltura risulterà positivo per *Streptococcus pneumoniae*.
Il paziente verrà dimesso dopo 12 giorni di degenza, con quadro clinico-obiettivo e laboratoristico-strumentale in via di risoluzione pressoché completa.

► Aspetti fisiopatologici

La sepsi è causata da un'infezione sistemica ed è una risposta anomala e pericolosa per la vita all'infezione stessa. Quando le infezioni localizzate diventano sistemiche, possono provocare squilibri immunitari che innescano sia i mediatori immunosoppressivi che quelli infiammatori. In passato si riteneva che l'infezione batterica fosse la causa della sindrome settica, ma l'avvento della moderna antibioticoterapia ha dimostrato che i sintomi sistemici possono persistere anche dopo l'eradicazione della fonte infettiva. Il grado e la severità della risposta immunitaria nei pazienti con infezioni sistemiche variano, ma in alcuni casi la normale difesa regolatoria immunitaria è inefficace e si manifesta clinicamente come disfunzione d'organo. Ciò costituisce la sepsi. Quando un'infezione sistemica diventa severa al punto da comportare persistenti anomalie cellulari e metaboliche in presenza di ipotensione arteriosa, il risultato è lo shock settico.
Molti dei segnali che mediano la sindrome clinica di sepsi sono la conseguenza o di un danno endogeno dei tessuti [*damage-associated molecular patterns (DAMPs)*] o di una risposta ai pattern molecolari associati ai patogeni infettanti [*pathogen-associated molecular patterns (PAMPs)*]. Entrambi gli schemi innescano la sovraregolazione dei geni preposti al rilascio delle citochine infiammatorie e alla migrazione delle cellule dell'immunità innata (o nativa), portando al rilascio di mediatori tossici e alla progressione del danno tissutale. Per contro, il tentativo di controbilanciare la risposta infiammatoria sistemica viene mediato anche da processi regolatori tra cui meccanismi neurali, umorali e cellulari che attenuano la risposta infiammatoria.
Diversi studi hanno mostrato che l'infiammazione e l'immunosoppressione si verificano contemporaneamente, e che i pazienti settici gravi vanno incontro alla riattivazione di virus specifici; fenomeno che si osserva normalmente solo nei pazienti con immunosoppressione severa.

► Valutazione diagnostica

La valutazione rapida e il tempestivo avvio del trattamento può cambiare il decorso di un paziente settico da una sindrome clinica in peggioramento verso il supporto alla funzione degli organi e alla guarigione. Quando si valuta un paziente settico, l'anamnesi iniziale deve concentrarsi sull'individuazione della fonte infettiva sottostante i suoi sintomi. Quando il paziente non è in grado di fornire una storia coerente, occorre sondare fonti collaterali e ricercare indizi nell'esame fisico che chiariscano la presentazione.
Gli esami di laboratorio sono orientati all'identificazione dell'insufficienza d'organo o alla valutazione delle fonti di infezione. L'emocromo completo fornisce una stima della coagulazione (conta piastrinica), della funzione immunitaria (conta leucocitaria e dei neutrofili) e della capacità di trasporto dell'ossigeno (emoglobina ed ematocrito). Il quadro metabolico di base deve essere richiesto per valutare la funzione renale, gli squilibri elettrolitici, l'idratazione e l'equilibrio acido/base o l'acidosi lattica. Fondamentale è l'esecuzione di emocolture seriate prima di iniziare l'antibioticoterapia. Laddove possibile, è utile il dosaggio in acuto della proteina C reattiva (più elevata nelle forme batteriche), poiché la sua riduzione correla con la risoluzione della sepsi. La procalcitonina è un precursore peptidico della calcitonina che si eleva nei pazienti con infezioni batteriche, ma non in quelle virali; attualmente non si raccomanda il suo uso quale biomarker nella diagnosi della sepsi perché manca del valore predittivo negativo che giustificherebbe l'astensione dagli antibiotici salvavita in un paziente potenzialmente settico, per cui la mole di letteratura più forte a favore della procalcitonina riguarda la diagnosi delle infezioni polmonari e la de-escalation precoce degli antibiotici.
Gli esami di imaging (Rx, ETG, TC) infine, possono essere usati per individuare la fonte infettiva quando essa non risulta dall'anamnesi, dall'esame fisico o dal laboratorio.

Le infezioni che più comunemente conducono alla sepsi sono, in ordine decrescente: 1) polmonite; 2) infezioni endoaddominali; 3) infezioni dell'apparato urinario.
Le emocolture risultano positive fino ad un terzo dei casi, mentre in un terzo circa dei casi non si isolano gli organismi responsabili da alcuna fonte.
Generalmente le infezioni da Gram-positivi sono predominanti rispetto a quelle da Gram-negativi, particolarmente nelle forme comunitarie. Ma nei pazienti ricoverati in terapia intensiva, appare che le infezioni da Gram-negativi sempre più resistenti abbiano superato quelle da Gram-positivi.

► Considerazioni terapeutiche

Gli standard terapeutici correnti raccomandano i seguenti passi per la gestione dei pazienti con sepsi e/o shock settico:

1 occorre prioritariamente la terapia causale cioè la rimozione e/o il trattamento delle cause della sepsi e/o dello shock settico, oltre all'ossigenoterapia e alla stabilizzazione dei parametri vitali;

2 è fondamentale somministrare un'antibioticoterapia mirata, preferibilmente in associazione per risolvere l'infezione: in caso di origine non definita e in attesa dei risultati delle colture microbiologiche, può essere iniziata una terapia empirica, che deve comunque avvenire entro un'ora dal riconoscimento del quadro di sepsi severa (per esempio, si possono utilizzare una cefalosporina di 3ª o 4ª generazione per i Gram-negativi e la vancomicina per i Gram-positivi; inoltre, sembrerebbero particolarmente utili antibiotici dotati di un'attività antiendotossina, tipo l'imipenem e il meropenem; uno schema alternativo è l'associazione di piperacillina/tazobactam, gentamicina e vancomicina); è suggerito che la terapia empirica non duri più di 3-5 giorni e che venga rivalutata quotidianamente per una possibile de-escalation e/o modifica non appena sia noto il profilo di sensibilità;

3 è necessario il ripristino della volemia, attraverso la somministrazione di liquidi sotto forma di soluzioni cristalloidi (è opportuno precisare che i pazienti con insufficienza cardiaca congestizia e malattia renale all'ultimo stadio dovrebbero essere trattati con minori volumi di liquidi); non si raccomanda inoltre l'emotrasfusione nei pazienti con emoglobina >7 g/dl salvo che non emergano altre indicazioni;

4 è utile la profilassi e la terapia di eventuali complicanze (per esempio, profilassi di una coagulopatia da consumo somministrando eparina a bassa dose);

5 è previsto l'utilizzo di noradrenalina ed altri farmaci vasoattivi (vasopressina, adrenalina, dobutamina) per il controllo del circolo (la dopamina, comparata con la noradrenalina, ha un elevato tasso di rischio proaritmico, per cui non è più raccomandata di routine);

6 l'utilizzo di antimicotici, può essere utile per prevenire la sovrainfezione da candida specie nei pazienti immunocompromessi;

7 diversi trials randomizzati hanno esaminato l'efficacia dei corticosteroidi (idrocortisone) non ad alte dosi nella sepsi: le attuali linee guida forniscono una raccomandazione debole per i corticosteroidi nei pazienti la cui stabilità emodinamica può essere ottenuta con un singolo agente vasopressore.
Infine, vi sono varie terapie potenziali e nuove aree di ricerca:
a) un trial pubblicato nel 2018 [Rapid Administration of Carnitine in Sepsis (RACE)], ha verificato l'ipotesi che la somministrazione di L-carnitina possa ridurre l'insufficienza d'organo cumulativa nei pazienti in shock settico;
b) uno studio di raffronto before-after ha valutato la somministrazione di vitamina C e tiamina nella terapia della sepsi, mostrando una ridotta mortalità nei pazienti sottoposti a questo nuovo trattamento;
c) sono in corso di studio terapie immunostimolanti (come l'IL-7) nei pazienti settici immunodepressi.

► Conclusioni

Nei pazienti che presentano infezione e sospetta disfunzione d'organo dopo la valutazione anamnestica e clinica, la diagnosi di sepsi deve essere messa seriamente in conto. I criteri SIRS sono tuttora utili per lo screening della sepsi, per cui - dopo la valutazione sistematica ed accurata degli organi bersaglio - si raccomanda lo sviluppo e l'utilizzo da parte delle strutture sanitarie di protocolli terapeutici standardizzati: essi devono prevedere anzitutto il sostegno delle funzioni vitali, quindi la somministrazione di fluidi e vasopressori oltre ad un'antibioticoterapia mirata per la copertura del patogeno sospettato, procedendo il più rapidamente possibile al controllo della fonte causa dell'infezione.

BIBLIOGRAFIA

- Angus DC et al. *NEJM* 2013; 369 (9): 840-51.
- Belletti A et al. *J Crit Care* 2017; 37: 91-98.
- Dellinger RP. *Crit Care Med* 2015; 43 (9): 1787-89.
- Hjortrup PB et al. *Intensive Care Med* 2016; 42 (11): 1695-1705.
- Kaukonen K et al. *NEJM* 2015; 372 (17): 1-10.
- Liu VX et al. *Am J Respir Crit Care Med* 2017; 196 (7): 856-63.
- Kumar V. Clin Immunol. 2020; 210:108264
- Mira JC et al. *Crit Care Med* 2017; 45 (2): 253-62.
- Opal SM, et al. Crit Care Clin. 2020; 36: 11-22
- Rhoders A et al. *Crit Care Med* 2017; 45 (3): 486-52.
- Rivers EP et al. *Minerva Anestesiol* 2012; 78: 712-24.
- Ryoo SM et al. *Am J Med Sci* 2015; 349 (4): 328-33.
- Singer M et al. *JAMA* 2013; 315 (8): 801-10.
- Sterling SA et al. *Crit Care Med* 2015; 43 (9): 1907-15.
- Venkatesh B et al. *NEJM* 2018; 378 (9): 797-808.

Covid-19: i dati della Medicina Generale

Uno studio osservazionale promosso dalla Simg e realizzato durante la fase 1 in Veneto da una rete di Mmg sentinella, coordinati dalla Scuola Veneta di Medicina Generale, rende disponibili dati originali che contribuiscono a comprendere con maggiore precisione alcuni aspetti della presentazione clinica e dei fattori di rischio della Covid-19

Gran parte delle pubblicazioni relative alle manifestazioni cliniche della Covid-19 sono ricavate dai dati dei pazienti ricoverati in ospedale. Una ricerca promossa dalla Simg e realizzata durante la fase 1 della primavera 2020 in Veneto da una rete di Medici di Medicina Generale sentinella, coordinati dalla Scuola Veneta di Medicina Generale, rende disponibili dei dati originali che contribuiscono a comprendere con maggiore precisione alcuni aspetti della presentazione clinica e dei fattori di rischio di questa malattia virale.
La ricerca conferma ancora una volta l'enorme potenziale scientifico dei dati raccolti nel setting delle Cure Primarie dai medici di famiglia. Il lavoro originale è disponibile in www.simg.it.

▸ Obiettivi e risultati

In questa ricerca originale promossa dalla Simg e realizzata grazie al coordinamento organizzativo della SVeMG (Scuola Veneta di Medicina Generale), dal 17 marzo all'8 luglio 2020, 89 medici di famiglia del Veneto hanno sistematicamente raccolto dati pertinenti a pazienti con sintomi di malattia virale acuta (criterio di inclusione).
Di seguito gli obiettivi e risultati.

1 *Quanti sono i sintomatici positivi al tampone?*

In fase 1 la prevalenza di periodo è 23.5% (20.3%-27.0%). Durante tutto il follow-up il 22.84% dei sintomatici positivi ha subito un ricovero e il 4.32% è deceduto; tra i sintomatici negativi i ricoverati erano 3.0% e i morti 0.36%.

2 *Quali sono, nei positivi, i fenotipi di malattia?*

La Principal Component Analysis ha dimostrato l'esistenza di due fenotipi:
- **Fenotipo A** spiega nel modello il 43.4% della varianza ed è caratterizzato da diverse combinazioni di ipo-ageusia/anosmia, sintomi oculari e sintomi ORL.
- **Fenotipo B**, potenzialmente più grave, spiega il 20.7% della varianza ed è associato a sintomi respiratori importanti (dispnea, fiato corto) spesso concomitanti a sintomi gastroenterici, fragilità e/o comorbidità.

Commento

"Abbiamo interpretato queste osservazioni quale probabile effetto delle misure di lockdown, risultate maggiormente efficaci (perché più prolungate) nella seconda parte della fase 1 ossia dopo il primo aprile, con evidenti vantaggi nei confronti delle età più avanzate e dei soggetti non particolarmente esposti ad alti livelli basali di rischio di contagio".

3 *Quali sono i fattori di rischio per infezione?*

Il BMI (OR=1.09 p<0.0001), le condizioni di elevato livello basale di esposizione al contagio (OR=8.43 P<0.0001), la condizione di non fumatore (OR: 2.31 P=0.001) e l'insorgenza dei sintomi prima del 1° aprile (OR 2.28 p=0.001).
Lo studio delle interazioni ha coinvolto anche età e fragilità.
Di seguito i risultati:

1. Le misure di lockdown sono state efficaci. Prima del 1° aprile il rischio di infezione era linearmente proporzionale all'età; dopo il primo aprile - quando il lockdown era ormai prolungato - non più. Inoltre, i soggetti mediamente esposti al contagio dopo il primo aprile hanno subito un forte e brusco calo del rischio (OR=0.17 p<0.0001).

2. Gli anziani obesi rappresentano una categoria particolarmente importante. L'aumento di rischio legato all'età è infatti proporzionale all'aumentare del BMI. All'età di 80 anni BMI=40 presenta ad esempio rispetto a BMI=20 un odds di infezione 57 volte maggiore (OR=56.54 p<0.0001).

Commento

"I pazienti obesi anziani rappresentano in base a questa osservazione una categoria particolarmente a rischio di infezione".

3. I pazienti fragili, basalmente molto esposti se confrontati con pazienti normalmente esposti, corro-

no un rischio di infezione molto più alto (OR=55.81 p<0.0001) rispetto ai pazienti non fragili (OR=10.61 p<0.0001).

Commento

"Il messaggio che traspare da questa osservazione è che i soggetti fragili debbano riporre grande cura nell'evitare di essere inutilmente esposti a condizioni di alto rischio di contagio"

4. Nei pazienti magri l'esposizione al fumo è associata ad un significativo calo del rischio. Nello strato BMI=20 i fumatori presentano ad esempio un odds di infezione ridotto dell'80% (OR=0.20 p=0.001).

Commento

"Queste osservazioni ancora una volta sono a favore di un maggior rischio di infezione nei soggetti obesi, che peggiora quando tra i fumatori i soggetti siano obesi. Il rapporto inverso tra fumo e rischio di infezione nei soggetti magri suggerisce l'opportunità di indagini volte ad indagare ulteriormente i complessi meccanismi legati alla fisiopatologia dell'infezione da Sars-Cov-2 a livello cellulare".

4 *È possibile una diagnosi di malattia a partire dai sintomi?*

Nessun sintomo ha mostrato un potere predittivo positivo sufficiente a formulare una diagnosi clinica. Quello più tipico, l'ageusia, ha in fase 1 ad esempio un PPV (=probabilità di veri positivi) pari al 52.1%. Più interessante risulta in teoria il potere di escludere la malattia, che si dimostra piuttosto elevato anche in fase 1, ma è purtroppo più o meno uguale per tutti i sintomi (range di veri negativi: dal 75.9% all'83.1%).

Attraverso un secondo modello logistico abbiamo tuttavia creato una equazione in grado di prevedere l'assenza di malattia con una attendibilità del 95% prendendo in considerazione diversi sintomi assieme; la sua validazione interna ha dato ottimi risultati e abbiamo previsto di validarla su campioni esterni.

Commento

"In base ai risultati appena descritti i singoli sintomi non permettono triage efficaci dei pazienti sintomatici. La stessa ageusia, di solito descritta come uno dei sintomi più tipici, ha infatti dimostrato una accuratezza diagnostica pari a quella del lancio di una moneta. Più interessante risulterebbe in teoria la possibilità di escludere la malattia in assenza di uno o più sintomi, che risulta assai elevata soprattutto al di fuori della fase epidemica acuta. Purtroppo, però, il valore predittivo negativo non cambia molto da un sintomo all'altro, per cui solo l'assenza contemporanea di tutti potrebbe essere relativamente rassicurante; ma in questa condizione non ci sarebbe ovviamente alcuna necessità di triage".

▸ Conclusioni

Le conclusioni che si possono trarre da questa esperienza di ricerca sono qui riassunte:

1. La Sars-Cov-2 positività in pazienti non asintomatici è una condizione potenzialmente grave perché si associa ad elevato rischio di ospedalizzazione e a probabilità di decesso molto maggiori rispetto a una semplice virosi stagionale.

2. Le misure di lockdown sono risultate efficaci, in particolar modo nei confronti di pazienti anziani e di pazienti fragili già molto esposti in condizioni basali.

3. L'età avanzata, l'obesità e la fragilità rappresentano situazioni particolarmente a rischio di infezione e tali, pertanto, da richiedere la massima attenzione in termini di interventi preventivi.

4. La malattia da Sars-Cov-2 si presenta in due principali fenotipi non mutuamente esclusivi. Nessun sintomo isolato e nessun quadro clinico d'insieme ha dimostrato un potere predittivo positivo sufficiente a confermare con attendibilità la presenza di infezione Sars-Cov-2. L'assenza di qualsiasi sintomo isolato ha dimostrato un elevato potere di esclusione ma ciò non è clinicamente utile in quanto i poteri predittivi negativi risultano quasi identici per tutti i sintomi. Equazioni prodotte da modelli multivariati costruiti da un quadro clinicamente complesso hanno rivelato una elevata probabilità di veri negativi e potrebbero essere quindi utilizzate in situazioni in cui non sia possibile eseguire il tampone o in cui la sua risposta ritardi o in circostanze di mancata disponibilità di test rapidi. In fase acuta di epidemia da un quinto ad un quarto dei pazienti con sintomi risulta positivo al virus: l'impatto sui sistemi sanitari è stato quindi molto rilevante e occorre produrre ogni sforzo affinché il Paese non torni in condizioni simili.

Alessandro Battaggia[1,2], Andrea Scalisi[1], Maurizio Cancian[1,2], Massimo Fusello[2], Bruno Franco Novelletto[1,2], Alessandro Carraro[2]

[1] *SIMG - Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie*

[2] *SVeMG - Scuola Veneta di Medicina Generale*

Covid-19: burnout degli operatori sanitari

Negli operatori coinvolti nella gestione dell'emergenza la predisposizione a "mettere al centro" pazienti e familiari nel percorso di cura potrebbe essere un fattore protettivo rispetto al rischio di sviluppare burnout

Il 70%, degli operatori sanitari impegnati nel fronteggiare l'emergenza Covid-19 ha mostrato sintomi di burnout e il 90% ha dichiarato di avere avvertito stress psico-fisico.
È la sintesi dal quadro cemerso dalla ricerca promossa dal Centro di ricerca EngageMinds HUB dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, campus di Milano - in collaborazione con la Società Italiana di Management e Leadership in Medicina (SIMM) e con il Segretariato Italiano Giovani Medici (SIGM) - nell'ambito del progetto "COPE" (Covid 19-related outcomes of health professionals during the epidemic).

► Risultati

575 medici hanno risposto a un questionario sul loro stato di salute, riportando la loro esperienza di sintomi psico-fisici (irritabilità, difficoltà ad addormentarsi, tensioni muscolari), i loro livelli di burnout e l'orientamento all'*engagement* di pazienti e familiari.
Ai professionisti è stato chiesto di condividere l'entità del loro livello di preoccupazione e di rischio percepito di contagio: i risultati mostrano alti livelli di preoccupazione (circa 8 in una scala da 1 a 10) e di percezione del rischio di essere contagiati (4 in una scala da 1 a 5), indipendentemente dagli anni di esperienza lavorativa.
Inoltre il 93% riporta di aver avvertito nell'ultimo mese almeno un sintomo di stress psico-fisico. In particolare, il 65% ha dichiarato di essere più irritabile del normale, il 62% di avere avuto maggiori difficoltà ad addormentarsi, circa il 50% di aver sofferto di incubi notturni, il 45% di aver avuto crisi di pianto e il 35% palpitazioni.
Per quanto riguarda lo stress lavorativo, un operatore su tre mostra segni di alto esaurimento emotivo (la sensazione di essere emotivamente svuotati, logorati ed esausti) e uno su quattro moderati livelli di depersonalizzazione (tendenza ad essere cinici, trattare gli altri in maniera impersonale o come "oggetti", sentirsi indifferenti rispetto ai pazienti e ai loro familiari).
I dati, inoltre, mostrano come gli operatori più orientati al *patient engagement*, ossia che considerano l'alleanza con i pazienti e i loro familiari come un elemento imprescindibile per la gestione della cura e ne legittimano il ruolo attivo nella prevenzione o mitigazione della sintomatologia da Covid-19, si sentano maggiormente gratificati sul lavoro e riportino, in generale, livelli di stress e burnout inferiori.
D'altro canto, la predisposizione a "mettere al centro" pazienti e familiari nel percorso di cura, in linea con altri studi precedenti (Epperson, 2016), sembra essere un fattore protettivo rispetto al rischio di sviluppare sintomatologie di stress ed esaurimento emotivo negli operatori coinvolti nella gestione dell'emergenza.

► Commenti

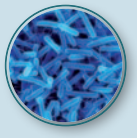
"L'impatto della crisi sanitaria sul benessere dei professionisti della salute è stata e sarà importante a livello globale. Si stima che le ricadute possano essere non solo visibili sulla salute dei lavoratori nell'immediato, ma con importanti ripercussioni nel lungo termine. Tuttavia, sensibilizzare gli operatori sanitari all'importanza dell'engagement dei pazienti e dei loro familiari può essere una strategia per mitigare questi rischi", afferma la Prof. Guendalina Graffigna, Direttore di EngageMinds HUB.
"Durante l'emergenza, ma anche nella cosiddetta fase di "convivenza" con il virus, i professionisti sanitari dovrebbero poter ricevere adeguato supporto emotivo al fine di salvaguardarli dal rischio di dimenticare la propria natura umana. Il costo psicologico della pandemia per gli operatori della salute, di fatto, non può essere negato né sottostimato" - osserva **Claudia Marotta**, presidente SIGM.
Il rischio di non considerare prioritari interventi di prevenzione psicologica sistematizzati e di lunga durata focalizzati sulla promozione del benessere è quello di cronicizzare una condizione già complessa che l'emergenza Covid-19 facilmente peggiorerà.
"D'altro canto - concludono i ricercatori - la più grande sfida e opportunità per il sistema socio-sanitario oggi è, forse, quella di ricostruire quel senso empatia che ci unisce e ci permette di riconoscerci reciprocamente come esseri umani".

Fonte: www.cattolicanews.it

NUTRIENTI e SUPPLEMENTI

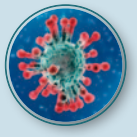
INFORMAZIONE QUALIFICATA DA FONTI QUALIFICATE

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



DIETA E LONGEVITÀ, VERSO NUOVI PROBIOTICI

VITAMINE A, E, D ED INFEZIONI RESPIRATORIE



VITAMINA D E COVID-19, NUOVE PUBBLICAZIONI

DAI CROSTACEI E DAL LEGNO INTEGRATORI E FARMACI

Dieta e longevità, verso nuovi probiotici

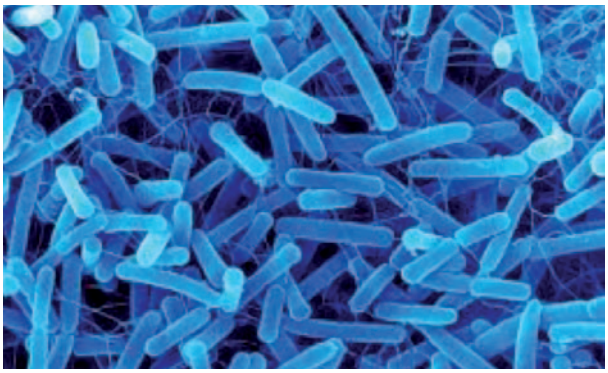
Allo studio nuovi probiotici per favorire l'invecchiamento in salute

La longevità è caratterizzata da un calo progressivo della diversità nella composizione del microbiota intestinale, che si traduce in una perdita di geni coinvolti nella produzione di acidi grassi e in un incremento dei geni coinvolti nel metabolismo degli aminoacidi con conseguente aumento delle funzioni proteolitiche pro-infiammatorie. In questa ottica, sta suscitando grande interesse lo sviluppo di nuovi probiotici, al fine di integrare, in maniera specifica, proprio quei gruppi microbici la cui abbondanza si riduce con l'invecchiamento. Ne abbiamo parlato con **Patrizia Brigidi**, docente di Biotecnologie delle fermentazioni, presso il dipartimento di Farmacia e Biotecnologie dell'Università di Bologna "Alma Mater".

"A oggi il nostro gruppo di ricerca ha descritto la più lunga traiettoria del microbioma umano associata all'invecchiamento, studiando soggetti adulti sani italiani divisi, in base all'età, in 4 gruppi: giovani, 22-48 anni; anziani, 65-75 anni; centenari, 99-104 anni e semisupercentenari, 105-109 anni.

Abbiamo dimostrato che, a livello di microbioma, la longevità è caratterizzata da un calo progressivo della diversità e da un forte riarrangiamento con un aumento di specie subdominanti. Sul piano funzionale questo si traduce in una perdita di geni coinvolti nella produzione di acidi grassi, quindi un forte calo del potenziale saccarolitico, accompagnata da un incremento dei geni coinvolti nel metabolismo degli aminoacidi, specie aro-

matici, con conseguente aumento delle funzioni proteolitiche pro-infiammatorie.
Comunque, soprattutto nei semisupercentenari, è stato evidenziato un arricchimento in gruppi microbici definiti health-promoting, soprattutto produttori di butirrato, quali *Christensenellaceae*, *Akkermansia* e *Bifidobacterium*. Questi componenti del microbiota promuovono sia l'immunomodulazione, proteggendo l'ospite dall'infiammazione, sia l'omeostasi metabolica. Pertanto, questi microrganismi potrebbero rappresentare una "firma" di adattamento ai cambiamenti nutrizionali e di stile di vita associati alla longevità, ipotesi questa confermata dalla scoperta che anche il profilo del microbiota di centenari cinesi, che hanno abitudini alimentari e stili di vita molto diversi dai nostri centenari italiani, presenta un arricchimento dei medesimi gruppi microbici *health-promoting*. Ciò apre l'affascinante prospettiva di sviluppare probiotici di nuova generazione specifici per sostenere l'invecchiamento in salute".



Vitamine A, E, D ed infezioni respiratorie

I risultati di uno studio osservazionale pongono la base per realizzare nuovi studi su nutrizione e disturbi respiratori

Un elevato consumo di vitamine A, E e D si rivela protettivo nei confronti delle affezioni a carico delle vie respiratorie. Questi i risultati di un'analisi osservazionale condotta in Uk su circa 6 mila soggetti afferenti al National diet and nutrition survey rolling programme (Almoosawi S, Palla L. Bmj nutrition prevention & health, online).
Le informazioni sono state ottenute tramite diari alimentari e incrociate con quelle relative alla comparsa di disturbi respiratori autoriferiti, quindi non diagnosticati da un medico, quali, per esempio, asma, raffreddore, patologie ostruttive, insufficienza respiratoria.
Le informazioni sono state ottenute tramite diari alimentari e incrociate con quelle relative alla comparsa di disturbi respiratori autoriferiti, quindi non diagnosticati da un medico, per esempio, asma, raffreddore, patologie ostruttive, insufficienza respiratoria. L'attenzione dei ricercatori si è concentrata sull'assunzione di vitamine o tramite la sola dieta, o da dieta e integratori, aggiustando i dati per i fattori confondenti quali età, sesso, peso, abitudine al fumo.
Si sono registrati 33 casi di disturbi respiratori, generalmente tra i più anziani e tra chi assumeva con minore regolarità vitamine A, E, C o D. Un buon apporto di vitamine A ed E, tramite dieta o integrazione, è risultato associato a minor incidenza di episodi, così come quello di vitamina D, ma in questo caso soltanto con l'integrazione. Nessun apparente beneficio, invece, per la vitamina C.
I risultati confermano l'ipotesi che l'integrazione sia fondamentale per garantire il mantenimento di un adeguato stato di vitamina D, non essendo sufficiente quanto garantito dalla dieta. Si tratta, comunque, di uno studio osservazionale e, come tale, non è possibile stabilire relazioni causa/effetto. Il numero di eventi, poi, è limitato e nessuna estrapolazione può essere fatta rispetto alla pandemia da coronavirus. I risultati costituiscono un'ottima base su cui progettare studi di coorte longitudinali sul rapporto tra nutrizione e disturbi respiratori, anche per valutare le implicazioni in ambito Covid-19.

Informazione redazionale

Il benessere dell'intestino inizia dallo stomaco

Oltre a svolgere un ruolo fondamentale nella prima fase della digestione, lo stomaco agisce da "filtro ecologico", creando un ambiente acido sfavorevole alla crescita di microrganismi patogeni e ostacolando il loro passaggio nell'intestino. Lo stomaco rappresenta, quindi, la "prima stazione" per il benessere dell'organismo.
Un'alimentazione scorretta e disordinata, stili di vita stressanti, l'abuso di fumo e alcol e l'uso prolungato di alcune categorie di farmaci (per esempio, antibiotici, chemioterapici, antinfiammatori non steroidei, antiacidi) sono fattori che possono alterare il pH gastrico, riducendo la sua funzione di barriera e consentendo in questo modo ai batteri "cattivi" di raggiungere il colon, infettandolo e provocando un'alterazione del microbiota intestinale.
L'utilizzo protratto degli inibitori di pompa protonica (PPI), per esempio, diminuendo la quantità di acido cloridrico presente nello stomaco, aumenta il rischio di infezioni gastrointestinali, denominate SIBO (*Small Intestinal Bacterial Overgrowth*, ovvero sovra-crescita batterica del piccolo intestino), che interessano in media la metà dei pazienti che assumono PPI per un anno[1].
Uno studio osservazionale ha arruolato volontari sani trattati per 2 settimane con PPI e ha evidenziato un'aumentata proliferazione batterica nei pazienti consumatori di antiacidi a lungo termine e la possibilità di antagonizzarla, utilizzando un gruppo definito di probiotici testati in laboratorio[2].
Dai risultati dello studio di Del Piano ha preso le mosse la composizione di alcuni lactobacilli *(L. rhamnosus, L. pentosus, L. plantarum, L. delbrueckii*), alla base di Abivisor®, il probiotico studiato per agire direttamente nello stomaco, contenente anche N-aceltilcisteina.

Abivisor® in breve

✔ Integratore alimentare a base di fermenti lattici probiotici in bustine: *Lactobacillus rhamnosus* LR04 (1 miliardo di cellule vive), Lactobacillus pentosus LPS01 (800 milioni di cellule vive), *Lactobacillus plantarum* LP01 (3 miliardi di cellule vive) e *Lactobacillus delbrueckii* LDD01 (200 milioni di cellule vive).

✔ I fermenti lattici probiotici favoriscono l'equilibrio della flora batterica intestinale e quindi sono utili come supporto nutrizionale in ogni situazione in cui la flora batterica può risultare alterata. Consigliati nei soggetti che assumono farmaci per il trattamento dell'iperacidità gastrica o antinfiammatori, nei pazienti oncologici in cura con chemioterapici, nei soggetti politrattati, con gastroenteriti recidivanti o anziani debilitati.

✔ Non contiene lattosio, glutine e glucosio.

Per saperne di più, visita il sito **www.abiprobiotici.it**.

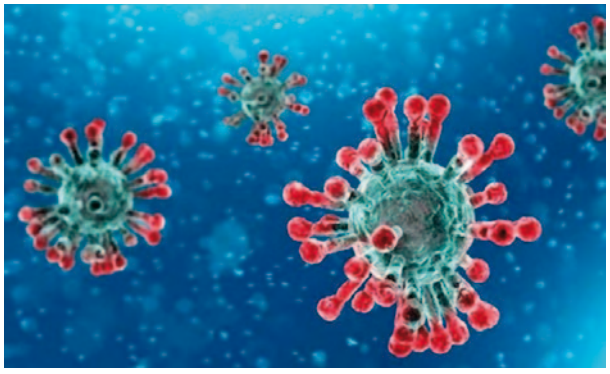
In collaborazione con Aurora Biofarma

1. Lombardo L et al., *"Increased incidence of small intestinal bacteria overgrowth during proton pump inhibitor therapy"*, Clin Gastroeterol Hep 2010; 8:504-8.
2. Del Piano M et al., *"The innovative potential of L. rhamnosus LR06, L. pentosus LPS01, L. plantarum LP01, and L. delbrueckii Subsp. delbrueckii LDD01 to restore the 'gastric barrier effect' in patients chronically treated with PPI: a pilot study"*, Journal of Clinical Gastroenterology [01 Oct 2012, 46 Suppl:S18-26], doi: 10.1097/MCG.0b013e318267b55d.

Vitamina D e Covid-19, nuove pubblicazioni

Necessario valutare la vitamina D anche in base allo stato infiammatorio dei pazienti

Si susseguono pubblicazioni su vitamina D in caso di Covid-19. L'ultima riguarda uno studio osservazionale, prospettico, condotto presso l'Ospedale San Matteo di Pavia (Cereda et al. Clinical Nutrition 2020; online).
L'obiettivo dell'analisi era quello di determinare la prevalenza del deficit di 25(OH) vitamina D in un gruppo di 129 pazienti Covid-19 ricoverati tra marzo e aprile scorsi. Per ciascuno, entro 48 ore dal ricovero, sono stati misurati i livelli sierici di 25(OH) di vitamina D classificandoli in quattro categorie: normale (≥30 ng/mL), insufficiente (<30 - ≥20 ng/mL), deficit moderato (<20 - ≥10 ng/mL), deficit grave (<10 ng/mL).
Allo stesso tempo ne è stata valutata la correlazione con alcuni esiti clinici (polmonite severa, accesso in terapia intensiva, mortalità intraospedaliera) e marker biologici (conta dei linfociti, PCR, troponina I ad alta sensibilità, lattato deidrogenasi, Inr, D-dimero).
Per le categorie "insufficiente", carenza "moderata" e "grave" la prevalenza è risultata, rispettivamente, del 13,2%, 22,5% e 54,3%, senza evidenziare differenze su parametri clinici e biologici.
Piuttosto, e con sorpresa, come sottolineano gli stessi Autori, dopo aggiustamento per fattori di confondimento si è notata una correlazione positiva tra aumento di livelli di vit. D e mortalità intraospedaliera, il che pone l'accento sulla necessità di valutare la vitamina D anche in base allo stato infiammatorio, che, come noto dalla letteratura, è inversamente associato ai livelli plasmatici della stessa.



Dai crostacei e dal legno integratori e farmaci

Un sistema di riciclo può trasformare gusci dei crostacei e scarti del legno in prodotti per la salute

Ricercatori dell'Università nazionale di Singapore hanno trovato un sistema di riciclo in grado di trasformare gusci dei crostacei e scarti del legno in prodotti utili per la salute.
Il team del Dipartimento di Ingegneria chimica e biomolecolare ha ideato un metodo per trasformare i gusci di aragoste, gamberi e granchi (carapaci) in L-Dopa, farmaco impiegato nella cura del Parkinson e, dall'altra, un altro per convertire i residui del legno in prolina, essenziale per la formazione di collagene e cartilagine.
Il metodo sembra essere adattabile ad altri materiali di scarto, e già si pensa di testarlo su Co_2 e carta, abbattendo il ricorso a fonti non rinnovabili per la produzione di sostanze chimiche utili all'industria del farmaco e degli integratori.

Nutrientiesupplementi.it è un progetto editoriale di iFarma Editore Srl, nato con l'obiettivo di favorire, presso gli operatori sanitari, una corretta e documentata informazione scientifica su ciò che riguarda l'ambito della nutrizione e dell'integrazione.
Direttore editoriale: Dario Passoni • **Direttore responsabile:** Nicola Miglino
Per ricevere gratuitamente la newsletter settimanale: www.nutrientiesupplementi.it • info@nutrientiesupplementi.it