



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

14 Novembre 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI

Pronto soccorso più protetto

Fino a cinque anni di reclusione per chi danneggia strutture e attrezzature del Servizio sanitario e introduzione dell'arresto in flagranza differita nella sanità

Fino a cinque anni di reclusione per chi danneggia strutture e attrezzature destinate al Servizio sanitario nazionale e introduzione dell'arresto in flagranza differita nella sanità. Tutele estese non solo ai professionisti del Ssn, ma anche al personale che svolge servizi di sicurezza complementari. Lo prevede il decreto di contrasto ai fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, approvato ieri dalla Camera.

Damiani a pag. 21

Ok definitivo al dl contro le violenze nella sanità. Introdotto l'arresto in flagranza differita

Pronto soccorso zona protetta

Fino a 5 anni di reclusione per chi danneggia le strutture

DI MICHELE DAMIANI

Fino a cinque anni di reclusione per chi danneggia strutture e attrezzature destinate al Servizio sanitario nazionale e l'introduzione dell'arresto in flagranza differita nella sanità. Tutele estese non solo ai professionisti del Ssn, ma anche al personale che svolge servizi di sicurezza complementari. Sono queste le novità introdotte dal disegno di legge di conversione del decreto-legge 137/2024, approvato ieri in via definitiva dalla Camera dei deputati. Il provvedimento ha avuto l'ok dell'Aula senza voti contrari (le opposizioni si sono astenute).

È stato il ministro della giustizia **Carlo Nordio**, al termine del Consiglio dei ministri di fine settembre che aveva approvato il dl 137/2024, a spiegare il concetto di «quasi flagranza», introdotto dal decreto. In sostanza, il reato sarà considerato «comunque in stato di flagranza» anche se l'arresto avverrà entro le 48 ore successive alla violenza contro il personale o al danneggiamento delle strutture.

Questo, ovviamente, quando non sarà possibile procedere immediatamente all'arresto per una qualsiasi causa. «Una misura che siamo certi avrà un forte effetto deterrente nei confronti di quelle persone che commettono reati contro il personale sanitario», aveva spiegato Nordio in conferenza stampa dopo il Cdm. «Il governo ha dato una risposta importante ad un'emergenza altrettanto importante», è stato invece il commento di **Guido Quici**, presidente della Federazione Cimo-Fesmed. «Tuttavia», ha aggiunto, «anche le aziende sanitarie devono farsi carico dell'adozione delle misure necessarie ad impedire queste inaccettabili aggressioni, che sono ormai all'ordine del giorno». Soddisfazione anche da **Pierino Di Silverio**, segretario nazionale Anaa Assomed «Finalmente l'arresto in flagranza differita, una delle nostre richieste prioritarie, senza obbligo di denuncia, diventa oggi legge».

Il provvedimento, inoltre, prevede l'applicazione del provvedimento con citazione diret-

ta a giudizio per il reato di danneggiamento, introdotto dallo stesso decreto. Si tratta della fattispecie di «danneggiamento di cose destinate al servizio sanitario o socio-sanitario commesso all'interno o nelle pertinenze di strutture sanitarie o socio-sanitarie residenziali o semiresidenziali, pubbliche o private, con violenza alla persona o con minaccia ovvero nell'atto del compimento del reato di lesioni personali a personale esercente una professione sanitaria o socio sanitaria e a chiunque svolga attività ausiliarie ad essa funzionali, nonché al personale che svolge servizi di sicurezza complementari». Come previsto dall'articolo 1, quindi, chiunque «distrugge, disper-



de, deteriora o rende, in tutto o in parte, inservibili cose mobili o immobili altrui ivi esistenti o comunque destinate al servizio sanitario o sociosanitario» sarà punito con la reclusione da uno a cinque anni e con una multa fino a 10 mila euro. La pena sarà aumentata nel caso il fatto fosse commesso da più persone riunite.

L'ultima novità, infine, è stata introdotta durante il passaggio in commissione al Senato e prevede l'estensione delle nuove tutele per i professionisti sanitari anche al per-

sonale che svolge servizi di sicurezza complementari. Si tratta delle tutele introdotte dal dl 34/2023, ovvero la reclusione da due a cinque anni nell'ipotesi di lesioni cagionate al personale del Ssn (da otto a sedici anni in caso di lesioni gravissime).

EPIDEMIA DIABETE NON SOLO CURE GLI OBIETTIVI SONO BENESSERE E QUALITÀ DELLA VITA

Per la Giornata mondiale la comunità scientifica punta l'attenzione sulle abitudini dei pazienti, cresciuti in maniera esponenziale. Al di là della moda dei farmaci per dimagrire, le moderne terapie hi-tech sono focalizzate sull'evitare i terribili alti e bassi della glicemia. E Nature pubblica una ricerca sulla nuova insulina smart

MARIA RITA MONTEBELLI

B

enessere e qualità di vita sono il focus della Giornata Mondiale del Diabete 2024, il 14 novembre. Una scelta che sottolinea più di mille ragionamenti quanti progressi siano stati fatti nel trattamento di questa condizione che, solo in Italia, interessa circa 4 milioni di persone. Definita come una nuova epidemia globale.

L'aspettativa di vita e la protezione dalle temibili complicanze del diabete (danni alla vista, ai reni, amputazione degli arti infe-

riori, infarti e ictus) restano naturalmente un obiettivo prioritario, da non dare mai per scontato. Perché se vengono a mancare l'adozione di uno stile di vita corretto e l'aderenza al trattamento, il diabete continua ad essere una grave minaccia.

GLI OBIETTIVI

Le terapie moderne hanno obiettivi ambiziosi, che sono naturalmente quello di garantire lo stato di salute dei pazienti, ma anche di garantire loro una eccellente qualità di vita. Come sempre, la vita è fatta di alti e bassi, ma questo, rapportato al diabete, assume un significato particolare. Tra gli effetti più indesiderati e temibili della terapia anti-diabete, sono le crisi ipoglicemiche, repentini crolli dei livelli di glicemia che privano il cervello del suo "carburante" naturale, il glucosio.

Un problema tristemente noto con i vecchi farmaci orali come le sulfoniluree, ma soprattutto con l'insulina, utilizzata da al-



meno un paziente su tre, da sola o in associazione ad altri farmaci. Le crisi ipoglicemiche si manifestano all'inizio con sudorazione algida, visione obnubilata, tremori, ansia, debolezza e possono progredire, se non corrette immediatamente, fino allo stato confusionale, alla perdita di coscienza, crisi convulsive e al coma.

LA TECNOLOGIA

Nel caso del diabete dei giovani, il tipo 1 (una malattia autoimmune che porta alla distruzione delle cellule pancreatiche che producono l'insulina), è la tecnologia a fare da angelo custode a tanti pazienti, durante la giornata, ma soprattutto nel corso della notte. Una delle funzioni dei moderni microinfusori di insulina è proprio quella di interrompere l'erogazione nel momento in cui il sensore di monitoraggio continuo della glicemia al quale sono abbinati segnala una tendenza alla discesa dei livelli di glicemia; questo alert, elaborato da un algoritmo "intelligente", porta a sospendere automaticamente la somministrazione di insulina, mettendo in sicurezza il paziente.

I microinfusori moderni insomma non sono più solo un semplice strumento di infusione, ma sono anche in grado di prendere decisioni salvavita che proteggono la vita dei pazienti, notte e giorno, permettendo agli stessi e alle mamme, nel caso dei bambini e degli adolescenti con diabete di tipo 1, di dormire sonni tranquilli. In futuro, la sicurezza della terapia con insulina potrà essere garantita anche in altri modi.

Una pubblicazione su *Nature* ha descritto le ottime performance su modelli animali (maiali e ratti) di un'insulina super-smart, in grado di "accendersi" o di "spegnersi" in base ai livelli di glicemia, grazie ad uno speciale "interruttore". Una sorta di nocchiero tra Scilla e Cariddi, tra l'iperglicemia da una parte e l'ipoglicemia dall'altra. Un gioiello di bioingegneria, che potrebbe naufragare sugli scogli della sostenibili-

tà, è prevedibile che il suo prezzo di mercato sarà molto elevato. In giro per il mondo, e soprattutto in Cina, ci sono molte altre insuline-smart al vaglio dei ricercatori. Questo fa ben sperare sia in ottica di personalizzazione della terapia per i pazienti, che per una riduzione dei costi. Anche nel trattamento del diabete di tipo 2 è in atto una vera rivoluzione. Grazie ai farmaci basati sulle incretine (semaglutide e tirzepatide) e alle gliflozine (o inibitori di SGLT-2), l'obiettivo si è allargato dal semplice controllo della glicemia, alla protezione degli organi bersaglio del diabete: reni, cervello e cuore.

LE CARENZE

Ma semaglutide e tirzepatide hanno anche un'altra interessante funzione, quella di promuovere un'importante perdita di peso. Per questo nell'ultimo anno si sono verificate gravi carenze, legate a un eccesso di domanda, rispetto alla capacità di produzione delle aziende. Perché se il mercato del diabete è molto ampio, come visto, quello dell'obesità lo è ancora di più. Secondo le stime Istat nel nostro Paese il numero delle persone con obesità negli ultimi vent'anni è aumentato di 1,6 milioni, soprattutto tra i giovani e gli anziani, raddoppiando negli uomini e triplicando tra le donne. Oggi in Italia l'obesità interessa quasi il 12% degli adulti e il sovrappeso quasi uno su due.

Lungi dall'essere un semplice eccesso di peso, l'obesità è una malattia cronica recidivante che si tira dietro almeno 200 complicanze, tra le quali il diabete di tipo 2, oltre che almeno una decina di tumori diversi. Dunque, ben vengano i nuovi farmaci anti-diabetici e anti-obesità, ma senza mai derogare al principio dell'appropriatezza prescrittiva.

Non sono un mezzo per perdere rapidamente una manciata di chili, alternativo a diete o palestre. Vanno prescritti dal medico a chi ne ha davvero bisogno, anche per non toglierli ai pazienti che più ne possono beneficiare. Non sono accessori di bellezza, ma farmaci. Con i loro vantaggi e benefici, ma anche i possibili effetti indesiderati.

LA NORMATIVA

Screening pediatrico con un semplice prelievo

L'Italia è il primo Paese al mondo ad aver introdotto per legge (la 130/23) lo screening pediatrico contro il diabete di tipo 1 e la celiachia (due malattie auto-immuni che spesso coesistono), destinato a bambini e ragazzi dagli 1 ai 17 anni. Si fa con un prelievo di sangue per cercare gli auto-anticorpi responsabili di queste malattie, che compaiono spesso molti anni prima dei sintomi. Un'iniziativa di importanza

storica, fortemente sostenuta dalla Fondazione Italiana Diabete affinché nessun bambino o ragazzo debba più arrivare in fin di vita in pronto soccorso per chetoacidosi diabetica, perché nessuno si è accorto della sua malattia. Negli Usa è già disponibile il teplizumab (ora introdotto in Italia per uso compassionevole) che ritarda l'inizio del diabete di tipo 1 nei bambini con elevati livelli di glicemia e auto-anticorpi. Motivo in più per fare lo screening.



CON IL SENSORE GLICEMIA SOTTO TUTELA

Compie dieci anni il dispositivo a "moneta" che si applica sul braccio. Evita le continue punturine per monitorare il glucosio e trasmette dati al telefono e al medico curante. E il paziente ha maggiore serenità

**MARIA RITA
MONTEBELLI**



Il progresso del trattamento del diabete passa anche dagli avanzamenti della tecnologia, che è sempre più friendly e vicina alle persone. Questo non solo permette un miglior controllo della glicemia, ma aiuta a convivere meglio con questa condizione, che interessa circa 4 milioni di italiani, il 10% dei quali giovani e giovanissimi con diabete di tipo 1.

Soprattutto per chi è in terapia con insulina – questa preziosa terapia salvavita, scoperta poco più di un secolo fa –, il controllo della glicemia deve essere serrato perché i suoi livelli nel sangue, in particolare per chi fa terapia insulinica, possono subire delle oscillazioni anche molto rapide sia verso l'alto sia verso il basso.

E le ipoglicemie, oltre a essere pericolose per la vita, impattano molto sulla qualità di vita di una persona. Fino a una decina di anni fa l'auto-controllo della glicemia era affidato alle misurazioni casalinghe su sangue capillare. Questo significa sottoporsi ogni giorno a numerose punturine al dito per "fotografare" la glicemia di quel momento su una gocciolina di sangue e decidere quanta insulina fare o quanto zucchero assumere per tamponare una crisi di ipoglicemia.

UNA RIVOLUZIONE

Per fortuna, da una decina d'anni a questa parte, in questo campo c'è stata una vera rivoluzione, segnata dall'arrivo dei sensori per la glicemia. Oggi è così possibile misurare tutte le volte che si vuole la glicemia, senza pungersi continuamente i polpastrelli, ma semplicemente passando con discrezione il cellulare sopra un sensore, grande come una moneta, che le persone con diabete "indossano" in genere sulla parte alta del braccio. E i nativi digitali hanno accolto subito con entusiasmo questa soluzione. Visibile, ma discreto, il sensore "a moneta" si è visto qualche volta anche

diabete.

Questa soluzione ha rivoluzionato la vita di tante persone, conquistando prima giovani e giovanissimi e in seguito anche tanti adulti e senior, in trattamento con insulina o altri farmaci anti-diabete.

Non solo non ci si deve più sottoporre a tutte quelle dolorose punturine sui polpastrelli, ma riuscire a tenere costantemente sotto controllo la glicemia, consente alle persone con diabete di conoscere meglio la propria malattia e di prendere decisioni più informate su cosa e quanto mangiare o su come l'attività fisica impatti sui livelli di glicemia e riuscendo così a intervenire tempestivamente per correggere un picco di glicemia o una crisi ipoglicemica.

Il sensore oggi è utilizzato ogni giorno da oltre 6 milioni di persone in una sessantina di Paesi nel mondo. Ma più che un semplice misuratore di glicemia,

sulle passerelle d'alta moda, sfilando al braccio di modelle con



mia e un vero e proprio ecosistema digitale, l'anticamera di un futuro sempre più connesso, automatizzato e semplificato.

IL MONITORAGGIO

Grazie alle app dedicate, la persona che lo indossa può controllare sul cellulare non solo i valori di glicemia di quel momento, ma anche lo storico (il "film") del glucosio e le frecce di tendenza, che indicano l'andamento nel tempo dei livelli di glucosio. C'è anche una funzione che avverte del superamento dei limiti di sicurezza impostati. Anche familiari, caregiver e amici possono ricevere in automatico sia le letture del glucosio, sia gli allarmi. Questo permette a chi è affetto da questa condizione di vivere con maggior serenità.

Poter contare sul supporto di un familiare o di un amico stretto in caso di necessità, di certo aiuta a stare più tranquilli. Grazie a una speciale piattaforma di telemonitoraggio, i dati rilevati dai sensori possono essere inviati automaticamente anche al proprio medico curante.

Attualmente in Italia, le politiche di rimborso per i dispositivi di monitoraggio del glucosio con sensori variano da Regione a Regione. Alcune rimborsano questi dispositivi solo alle persone in terapia insulinica multi-iniettiva, in altri casi, come avviene ad esempio in Lombardia, Lazio, Sicilia e Campania, il rimborso di sistemi come il FreeStyle Libre è previsto an-

che per tutte le persone con diabete di tipo 2 in terapia insulinica basale e, in particolari condizioni, anche per chi è in terapia ipoglicemizzante orale.

L'accesso a questi device si sta ampliando di anno in anno anche in Europa. Lo scorso anno le autorità sanitarie francesi hanno deciso di concedere gratuitamente i sistemi di monitoraggio del glucosio con sensori a tutte le persone con diabete, in terapia con insulina.

OLTRE 6 MILIONI
DI PERSONE
IN 60 PAESI
AL MONDO USANO
IL FREESTYLE
LIBRE



LA PAROLA

IPOGLICEMIA

Il termine è utilizzato per indicare la presenza di bassi livelli di zucchero (glucosio) nel sangue. I valori normali di glicemia (glucosio nel sangue) sono compresi tra i 70 e i 100 milligrammi/decilitro (mg/dl) dopo 8 ore di digiuno. Se al di sotto di 70 mg/dl, si parla di ipoglicemia e in questi casi le cellule non sono in grado di produrre energia per svolgere le loro funzioni.

4

4 milioni di italiani che convivono con il diabete. Il 10% è rappresentato da giovani e giovanissimi con diabete di tipo 1



LA PATOLOGIA

IPERTENSIONE
UNA NUOVA
CATEGORIA
DA PROTEGGERE

MASSI P. VIII-IX

IPERTENSIONE C'È UNA NUOVA CATEGORIA DA PROTEGGERE

La Società europea di cardiologia ha riformato la classificazione: tra ipertesi e normotesi ora ci sono coloro che soffrono di pressione elevata o pre-ipertensione. Gli attenzionati passano a circa 28 milioni. La terapia: cambio di alimentazione, attività sportiva e gestione dello stress

CARLA MASSI

U

na volta, fino a pochi mesi fa, c'erano la persona ipertesa e la normotesa. Quella, cioè, con la pressione alta e quella che ha il livello giusto. Oggi, tra la categoria ipertesa e la normotesa, ne è stata inserita una nuova: "pres-

sione elevata" (120-139/70-89 mmHg) o "pre-ipertensione". Come hanno deciso le nuove linee guida della Società europea di Cardiologia. Allargando così la platea degli "attenzionati". Di coloro che devono imparare a proteggersi per evitare che l'iperten-



sione causi un ispessimento delle pareti vascolari. Per allontanare la probabilità di ictus, infarto, demenza vascolare e insufficienza renale. Obiettivo di questa rivoluzione che in Italia fa passare i cosiddetti "attenzionati" da 18 milioni (gli ipertesi) a 25-28 milioni è quello di identificare al meglio i pazienti da considerare a rischio. Vista la generale ineluttabilità, se ci si trascura, del passaggio, con tempi più o meno lunghi, da "pressione elevata" a veri ipertesi.

L'OBIETTIVO

Il gruppo degli specialisti europei che hanno redatto le nuove linee guida hanno motivato la decisione spiegando che le persone non passano da una pressione normale all'ipertensione da un giorno all'altro. Ma, al contrario, sottopongono l'organismo a un danneggiamento costante che si rivela con pato-

logie invalidanti capaci di lasciare segni a vita. Se non diventare letali. Dai qui le strategie appena scritte. Una tra tutte, un trattamento più intensivo prima che i livelli raggiungano soglie troppo alte. Non necessariamente trattamenti farmacologici. Piuttosto, indicazioni per un immediato cambiamento delle abitudini quotidiane. Dall'alimentazione (riduzione del consumo di sale e alcol) all'attività sportiva al monitoraggio pressorio fino all'abbandono del fumo e alle tecniche di gestione dello stress.

L'adozione improvvisa di queste modifiche può risultare psicologicamente impegnativa, è da ricordare, però, che l'impatto potenziale sulla salute cardiovascolare è quasi sempre determinante, soprattutto in caso di diagnosi precoce. In alcuni casi basterebbe incrementare il movimento quotidiano come salire le scale o trovare più spazio per camminare.

Appena 5-10 minuti in più di esercizio al giorno potrebbero essere sufficienti per ottenere l'effetto di abbassare la pressione. In un nuovo studio un team di ricercatori dell'University College London e dell'University di Sidney stima che aggiungere piccole quantità extra di attività fisica alla routine quotidiana può bastare per ottenere miglioramenti. Il lavoro, sostenuto dalla British Heart Foundation e pubblicato su *Circulation*, ha permesso di analizzare i dati di 14.761 volontari che indossavano dei sensori per indagare

sulla relazione tra movimento quotidiano e pressione sanguigna. Da ricordare che l'ipertensione raramente causa sintomi evidenti. Possono essere, comunque, campanelli d'allarme alcuni disturbi: cefalea, vertigini, acufeni, palpitazioni, difficoltà respiratoria, perdita di sangue dal naso.

«In Italia vivono circa 18 milioni di ipertesi, molti dei quali non perfettamente controllati. Ma adottando la nuova classificazione della Società europea di Cardiologia – spiega Giovambattista Desideri, segretario della Società italiana di Medicina interna e ordinario di Medicina interna e Geriatria alla Sapienza di Roma – le persone da seguire con attenzione perché ipertese o con "pressione elevata" diventano molte di più. Basta pensare che, secondo il "Progetto Cuore" dell'Istituto Superiore di Sanità la pressione media della popolazione italiana tra 35-74 anni è di 132/77 mmHg, valori inquadabili per l'appunto come "pressione elevata"».

Gli ipertesi, anche con le nuove linee guida, restano quelli con una pressione da 140/90 mmHg in su. Mentre sotto i 120/70 mmHg si rientra nella categoria della pressione normale. «In una logica di prevenzione, coloro che hanno una pressione elevata

– aggiunge il professor Desideri – vanno tenuti sotto controllo per valutare che non sviluppino nel tempo ipertensione. La pressione alta non è mai un fenomeno "on-off", come un interruttore, ma un parametro biologico con una relazione continua con gli eventi cardiologici. Il rischio di ictus e infarto, per capirci, non scompare improvvisamente sotto i 140/90 mmHg». Non esiste, dunque, un valore preciso oltre il quale si passa improvvisamente da una condizione di salute a una di malattia, ma il rischio aumenta gradualmente con l'innalzarsi della pressione.

Se il paziente con pressione elevata, dunque, manifesta segnali che rivelano un rischio cardiovascolare aumentato come il diabete, l'obesità, l'insufficienza renale o un pregresso infarto allora c'è l'indicazione alla cura vera e propria. L'obiettivo da raggiungere con le terapie è fissato a 120-129 (più spostato verso il 120).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL PROFESSORE
GIOVAMBATTISTA DESIDERI:
«LA PRESSIONE ALTA
NON È UN INTERRUETTORE
MA È UN PARAMETRO
BIOLOGICO IN EVOLUZIONE»



L'ALLERTA

LO STRETTO LEGAME CON L'ICTUS MAI MINIMIZZARE

Danilo Toni, Stroke Unit del Policlinico Umberto I:
«La consapevolezza dei sintomi è cruciale, fondamentale la tempestività dell'intervento cerebrovascolare»



Iper-tensione e ictus, uno stretto legame. Troppo stretto perché non si conoscano le regole da seguire per proteggersi, prima dal rialzo pressorio e poi da una sua possibile conseguenza, l'ictus appunto. Il non conoscere o non voler conoscere quanto legame esiste tra le due condizioni ce lo testimoniano due indagini condotte a ridosso della Giornata mondiale contro l'ictus.

Un dato sconcertante: nonostante questa patologia sia la seconda causa di morte in Europa e la prima di disabilità, meno del 10% della popolazione italiana ritiene di poterne soffrire. Come leggiamo nei risultati di un'indagine a campione lanciata da Siemens Healthineers con l'obiettivo di comprendere le opinioni e le emozioni nei confronti dell'ictus. Uno studio che arriva dall'Università della Georgia (Usa) è tra quelli che hanno analizzato il legame tra ipertensione e ictus: il 60% dei pazienti colpiti dal danno cerebrale arrivati al pronto soccorso americani risultavano ipertesi. Questo dato sembrava esporli a più alti tassi di morte e di pesante disabili-

tà.

I risultati dell'indagine Siemens Healthineers rivelano che, per il 64%, l'ictus è la terza malattia più preoccupante per gli intervistati, dopo il cancro (87%) e l'Alzheimer (74%). Tuttavia, solo 1 su 3 degli intervistati si ritiene ben informato sulle cause dell'insufficienza cerebrovascolare e meno del 30% è in grado di riconoscere i sintomi o di reagire in tempo.

IL PROBLEMA

«La consapevolezza dell'ictus è un aspetto cruciale nella catena di cura dei pazienti con malattia cerebrovascolare. Il ricovero tempestivo in un centro primario o in un centro ictus completo inizia con il riconoscimento precoce dell'attacco e l'attivazione del sistema di emergenza. La conoscenza di ciò che può essere fatto nelle prime ore dopo l'insorgenza e la localizzazione dei centri più vicini sono altrettanto fondamentali - spiega Danilo Toni,



Dipartimento Stroke Unit Policlinico Umberto I, Dipartimento di Neuroscienze Umane, Università Sapienza di Roma - Spesso lo stesso paziente tende a minimizzare il disturbo, come se il suo cervello si rifiutasse di accettare l'idea che qualcosa ne stia minacciando l'integrità. Capita che una persona riferisca in seguito alla comparsa di un deficit di forza in una metà del corpo di "essersi messo a letto aspettando un miglioramento"».

ITEMPI

Per ogni ora che passa in condizione di ischemia, il cervello perde in media il numero di neuroni e di sinapsi che si perdono in 3 anni di fisiologico invecchiamento cerebrale. I campanelli di allarme che

possono aiutare il paziente a riconoscere la situazione di emergenza sono la difficoltà di movimento e il formicolio agli arti, la difficoltà alla vista (anche un restringimento del campo visivo) e difficoltà a parlare e a ricordare le parole. Un mal di testa improvviso e privo di cause può essere il segnale a cui fare attenzione.

SORPRESA

A sorpresa,

da una ricerca del "Cardiovascular Risk awareness of Italian women" condotto in 49 ambulatori cardiologici italiani dal gruppo Medicina di Genere di A.R.C.A., si scopre che le più restie ad approfondire la conoscenza dell'ictus sono le donne. La maggior parte sottostima il proprio rischio cardiovascolare, non conosce i fattori di rischio e, se ne è a conoscenza, non migliora il proprio stile di vita.

C.Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

NON IGNORARE
MAL DI TESTA,
CALO DELLE
FORZE
E FORMICOLIO
DEGLI ARTI



PREVENZIONE

ATTENZIONE AL SONNO DISTURBATO I RISCHI AUMENTANO

I principali fattori di rischio per la salute di cuore e arterie sono il colesterolo alto, l'ipertensione, il fumo, il diabete, l'obesità e la sedentarietà. Accanto a questi - fa sapere Massimo Volpe, presidente della Società italiana per la Prevenzione cardiovascolare - ne stanno emergendo anche di nuovi, come l'inquinamento e il sonno disturbato o insufficiente».

Fino ad alcuni anni fa, la medicina tradizionale non ha riservato attenzione alla durata e alla qualità del sonno rispetto all'ipertensione. Oggi più di uno studio dimostra come il riposo incida sui nostri valori pressori. In particolare, la pre-

senza di insonnia determina un incremento del rischio di ipertensione arteriosa.

«Un sonno poco ristoratore alla lunga - aggiunge Volpe - presenta il conto all'apparato cardiovascolare. Dormire male contribuisce all'aumento di peso, che a sua volta può portare a un aumento di pressione, facendo crescere anche il rischio di diabete e di colesterolo alto». Dormire frequentemente meno di 5 ore per notte si associa, rispetto a chi dorme 7-8 ore, a un rischio più elevato di sviluppare danni cardiovascolari e cerebrovascolari.

In condizioni normali la pressione scende durante il sonno di circa il 20% rispetto a

quando siamo svegli, grazie alla riduzione, durante la notte, dell'attività neurovegetativa. Quando però il sonno è disturbato e l'insonnia si presenta sempre più spesso, la pressione può rimanere più elevata durante l'intera notte. Se si resta a occhi aperti per lungo tempo la mancanza di un riposo tranquillo e senza interruzioni può far aumentare la pressione anche di giorno.

C. Ma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il riposo disturbato o insufficiente sta emergendo tra i principali fattori di rischio per cuore e arterie



L'ISTANZA

MALATTIA RENALE CRONICA E ASSENZA DI SINTOMI SCREENING CAPILLARE PER UNA DIAGNOSI PRECOCE

LUCA DE NICOLA*



La Malattia renale cronica (MRC) è diventata una priorità per la salute pubblica. Il 10-15% della popolazione mondiale vive oggi con questa patologia, oltre 850 milioni di pazienti in fase non dialitica, ossia il doppio delle persone con diabete mellito e venti volte maggiore dei pazienti con neoplasia.

In Italia, si stima una prevalenza di MRC del 7/10%, percentuale che sale al 17% nella popolazione anziana. Da evidenziare inoltre che in quasi trent'anni, tra il 1990 e il 2017, la prevalenza globale della MRC è aumentata del 29%. In Italia ci sono oltre 4 milioni di pazienti con Malattia renale cronica, un numero in costante aumento soprattutto a causa dell'invecchiamento della popolazione generale e dell'aumento di ipertensione, diabete e obesità.

In parallelo, si è osservato un incremento del 41% della mortalità da MRC che si stima sarà la quinta causa di morte entro i prossimi 20 anni. Questo è in parte dovuto al fatto che la malattia renale cronica è silente, asintomatica nelle fasi precoci di malattia, impedendo di fatto diagnosi precoci e trattamenti tempestivi in grado di rallentare la progressione del danno rena-

le e il ricorso alla terapia sostitutiva (dialisi o trapianto).

È importante notare che oltre al rischio di dialisi o di mortalità, la presenza di MRC di qualsiasi grado ha un impatto negativo sulla salute del paziente anche nel breve termine limitando l'implementazione di interventi "salvavita" in malattie cardiologiche, infettive e oncologiche e aumentando il rischio di ospedalizzazioni per eventi cardiovascolari.

Agire per diagnosi precoci e interventi tempestivi è fondamentale per rallentare la progressione del danno renale e garantire una migliore qualità di vita ai pazienti, cosa che, peraltro, consentirebbe un significativo risparmio della spesa sanitaria. I costi economici della MRC in fase dialitica, infatti, sono e diventeranno sempre più insostenibili per il sistema sanitario nazionale con 50.000 euro/anno per paziente in dialisi, ossia 2,5 miliardi euro/an-

no (in Italia abbiamo 50.000 persone in dialisi). Il paradosso attuale è che solo il 10% circa dei pazienti è consapevole di essere malato ed è pertanto seguito dal nefrologo; questo accade in Italia come nel resto del mondo.

Le cause di questo fenomeno vanno ricercate innanzitutto nel fatto che la MRC è asintomatica fino ai gradi avanzati di malattia, quando l'intervento terapeutico è meno efficace: c'è poi da considerare che i



parametri per la diagnosi di nefropatia non sono inseriti nelle valutazioni generali dello stato di salute e che, anche se la funzione renale viene stimata, gran parte dei pazienti (circa il 77% in Italia) resta oggi priva di diagnosi a causa della scarsa consapevolezza di medici di famiglia e specialisti non-nefrologi.

Pertanto, a fronte dell'attuale disponibilità di terapie, tradizionali e innovative, in grado di rallentare la progressione delle nefropatie alla fase dialitica, la possibilità di implementarle è limitata al 10% dei pazienti eleggibili. Le linee guida attuali raccomandano screening sulla popolazione generale che dovrebbero essere realizzati in maniera capillare in tutta Italia, auspicabilmente attraverso canali di comune accesso, come le farmacie o gli ambulatori di medicina generale.

In quest'ottica diventa fondamentale l'attività della Società italiana di nefrologia che ha lavorato per il progetto di legge,

depositato a marzo 2024 a Montecitorio e il cui primo firmatario è il vicepresidente della Camera On. Mulé, proprio mirato a screening della MRC nella Medicina generale.

Parallelamente, la Società italiana di nefrologia, insieme con il ministero della Salute, è stata impegnata nel disegnare il nuovo Percorso diagnostico terapeutico assistenziale della patologia a livello nazionale, ora alla firma del ministro Schilla-ci, che identifica nella Medicina generale l'interlocutore principale dei nefrologi per un riferimento precoce dei malati di rene. Questo documento rappresenta una svolta epocale che ha tra gli obiettivi fondamentali la prevenzione e la diagnosi precoce della MRC, così come l'ottimizzazione della presa in carico dei pazienti.

**Presidente Società italiana di Nefrologia*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'INTERVENTO TEMPESTIVO È FONDAMENTALE PER RALLENTARE LA PROGRESSIONE DEL DANNO



Sopra, Luca De Nicola, presidente della Società italiana di Nefrologia

