M.D.

MEDICINAE DOCTOR Anno XXIX, numero 8 - 2022

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

In questo numero

PRIMA PAGINA 5

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale ha bisogno di una visione di sistema

INTERVISTA 14

Tra ospedale e territorio occorrono comunicazione e collaborazione

CONGRESSI 30

Medicina interna: attualità e prospettive, tra "deprescribing" e innovazione

INDAGINI 36

Indagine conoscitiva in un reparto di Medicina Generale: quali insegnamenti?

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

Silvestro Scotti

Segretario Generale Fimmg

Medicina Generale futura missione (im)possibile?

M.D. MEDICINAE DOCTOR

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXIX numero 8 novembre-dicembre 2022

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

Direttore Editoriale
Dario Passoni

Direttore Responsabile
Nicola Miglino

Comitato di Consulenza di M.D.
Massimo Bisconcin, Claudio Borghi, Nicola Dilillo, Giovanni Filocamo, Massimo Galli, Mauro Marin, Carla Marzo, Giacomo Tritto

Redazione
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione
Rossana Magnelli

Pubblicità
Teresa Premoli
Sara Simone

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

Amministratore unico
Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

RCP Cardioaspirin

In questo numero

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
  Il nostro Servizio Sanitario Nazionale ha bisogno di una visione di sistema 5
- **Focus on**
  Medicina Generale futura missione (im)possibile? 6
- **Tribuna**
  Siamo ad un punto di non ritorno, è ora di fermare la svendita dei Mmg 8
- **Prospettive**
  L'ultimo dottore. Medici in via d'estinzione? 11
- **Intervista**
  Tra ospedale e territorio occorrono comunicazione e collaborazione 14
- **Contrappunto**
  Se la riforma del territorio non convince neanche gli ospedalieri 16
- **Osservatorio**
  "A che medico giochiamo?" 18

AGGIORNAMENTI

- **Ambiente**
  Il seme umano sentinella di salute ambientale e generale 24
- **Cardiologia**
  Ipertensione resistente, una sfida ancora attuale 25
- **Endocrinologia**
  L'ipertiroidismo, anche subclinico, rende le ossa fragili 26
- **Gastroenterologia**
  Le malattie infiammatorie croniche intestinali al femminile 27
- **Terapia**
  SiRna: nuovo fronte nella lotta all'ipercolesterolemia 28
- **Urologia**
  Migliorare il percorso di cura del tumore della vescica 29

CLINICA E TERAPIA

- **Congressi**
  Medicina interna: attualità e prospettive, tra "deprescribing" e innovazione 30
- **Clinica**
  Il prediabete deve essere considerato un fattore di rischio importante 32
- **Prevenzione**
  Infezione da Hbv/Hdv
  Al via progetto di collaborazione Mmg-specialisti per diagnosi e presa in cura 34
- **Indagini**
  Indagine conoscitiva in un reparto di Medicina Generale: quali insegnamenti? 36
- **Terapie complementari**
  L'agopuntura allevia il dolore lombare/pelvico della gestante 39
- **Terapia**
  Il tromboembolismo venoso in oncologia 42
- ***Rassegna da* Nutrienti e Supplementi** 43

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale ha bisogno di una visione di sistema

Si parla tanto di Pnrr e di riforma del nostro Ssn di cui la pandemia di Covid ha rivelato spietatamente le gravi criticità. Ed è in tale contesto che in questo numero, con cui chiudiamo le pubblicazioni per l'anno corrente, abbiamo da una parte cercato di dare voce alla Medicina Generale, a cui noi ci riferiamo, e dall'altra alla medicina di secondo livello, nell'ottica che l'una non può svolgere efficacemente la propria fondamentale funzione clinico-assistenziale e sociale senza interfacciarsi e risuonare nell'altra. Continuare a ragionare sul futuro del nostro Ssn per compartimenti stagni, come di fatto sta avvenendo, significa non rendersi conto che uno dei grandi limiti del nostro sistema sanitario è stato proprio la strutturazione per "silos".
Le aspettative e le proposte della Medicina Generale, nelle parole del Segretario Generale Nazionale della Fimmg, **Silvestro Scotti**, nell'intervista che ha concesso a *M.D. Medicinae Doctor*, come anche l'urlo di allarme da parte di due esponenti della medicina di famiglia, il Segretario regionale Fismu Emilia Romagna **Alessandro Chiari** e il prof. di Medicina di Famiglia dell'Università di Udine **Giuseppe Maso**, raccontano con diversi punti di vista, marcatamente in antitesi, una medicina del territorio francamente in difficoltà, a cui i medici delle cure primarie non si rassegnano, mettendo in campo una vera e propria resilienza professionale.
Dall'altra parte, ma forse sarebbe da dire, dalla "stessa parte", visto che si sta lavorando tutti in un'ottica di servizio per il cittadino, il contributo dei medici internisti ospedalieri della FADOI, nelle parole del suo Presidente Nazionale **Dario Manfellotto**, sottolinea e sostiene l'assoluta necessità di una maggiore e migliore comunicazione e collaborazione tra medicina del territorio e ospedaliera. In quest'era che chiamiamo digitale, in cui a livello della società il flusso comunicativo è ormai pervasivo, sembra incredibile che questo non riesca ancora ad avvenire in maniera efficace e fluida tra le varie figure che si occupano di un aspetto così cruciale come la salute delle persone.
Quello di cui abbiamo bisogno è di una riforma complessiva, rispettosa delle esigenze delle diverse parti, sempre più interconnessa, partendo da ciò che c'è, per migliorarlo, a favore di modalità lavorative più efficienti e delle persone che hanno bisogno di cure. Ma per realizzare ciò, la volontà non basta, c'è bisogno di un cambio di paradigma che consideri la sanità una risorsa e non una spesa, un asse portante del welfare. Servono finanziamenti appropriati per la rinascita del nostro Ssn, ma le scelte della politica vanno in tutt'altra direzione.

Medicina Generale futura missione (im)possibile?

Potenziare la MG quale presidio centrale per l'assistenza territoriale e per la sostenibilità del Ssn non è un'impresa impraticabile e bisogna cominciare il prima possibile senza arroccarsi su progetti 'avveniristici'. Per uscire dall'empasse: "La Medicina Generale deve partire da quello che è e dagli strumenti che ha". Ha dichiarato a M.D. Medicinae Doctor il Segretario Generale della Fimmg Silvestro Scotti

Anna Sgritto

Potenziare la MG quale presidio centrale per l'assistenza territoriale e per la sostenibilità del Ssn non è un'impresa impossibile e bisogna cominciare ora senza arroccarsi su progetti 'avveniristici' che hanno bisogno di tempo. Il fattore tempo, per questo comparto, rappresenta una vera e propria criticità, viste le difficoltà che attanagliano l'esercizio della MG nel nostro Paese. Difficoltà che il Segretario Generale Nazionale della Fimmg, **Silvestro Scotti**, ha ben evidenziato nell'ultimo Consiglio Nazionale del sindacato:

- la minore attrattività di tale professione che si manifesta nella diminuzione della partecipazione ai bandi e alla frequenza del corso di formazione specifica in MG, nonché del successivo inserimento di nuovi medici;
- il costante aumento del fenomeno delle dimissioni di medici in giovane età e da poco convenzionati;
- il pensionamento anticipato dei medici in attività che è sceso, in media, sotto la soglia dei 68 anni;
- il carico di lavoro, asfissiante e irrazionale dell'attività burocratica;
- l'aumento dei costi che erodono in maniera significativa il reddito dei Mmg.

In che modo si può rispondere, nel breve periodo, a tali situazioni che sembrano cronicizzate e stanno portando quasi all'estinzione della figura professionale incarnata dai Mmg? *M.D. Medicinae Doctor* lo ha chiesto proprio a Silvestro Scotti.

"C'è la necessità che la MG parta da quello che è e dagli strumenti che ha - dichiara Scotti - cercando di migliorarli e di evolverli per poi arrivare ad un progetto che salvi il finanziamento del Pnrr, ma lo salvi trasformandolo rispetto alle intenzioni che sono state dichiarate fino ad oggi".

In primis bisogna dare una risposta alla carenza dei Mmg sui territori. "Abbiamo una grande carenza di medici che è stata determinata da errori di programmazione di un *managemet* di livello medio, che non è riuscito a programmare numeri così semplici, come quelli della programmazione dei Mmg, calcolati sulla popolazione. Questo problema oggi è peggiorato dall'aumento dei costi energetici che sono triplicati per la gestione di uno studio di MG. La conseguenza è che, chi può, si fa due conti e anticipa il pensionamento, perché l'aumento pensionistico non compenserà quanto lui dovrà sborsare, non solo per i costi energetici, ma anche per l'inflazione che si rifletterà su tutti i costi dello studio, affitto compreso. Gli emolumenti dei medici di famiglia sono fermi all'accordo siglato per il 2018. Motivo per cui è necessario chiudere subito l'accordo 19-21. Continuare a ritardare tale atto significa continuare ad accelerare la fuga dei medici e a spingere i giovani medici a lavorare a gettone nella coperativa di turno o per i privati, piuttosto che entrare in un sistema che rischia di avere costi troppo alti rispetto alla redditualità che gli viene garantita e ai carichi di lavoro previsti".

▸ **Questo sul piano 'pratico', c'è poi un problema politico**. "Come si fa - precisa Scotti - a discutere di un modello di riforma territoriale non portando il più rapidamente possibile la discussione contrattuale nei tempi in cui siamo? L'Accordo 19-21 è propedeutico alla definizione dell'ACN 2022-2024 che allinea il contratto, per attività e finanziamenti, alle nuove progettualità espresse nella missione 6 del Pnrr e nel Decreto 77 in cui si può avere contezza delle risorse stanziate, programmate nelle finanziarie per la riforma territoriale (90 milioni nel 2022 fino ad arrivare al miliardo nel 2026)".

L'efficacia della riforma della medicina territoriale è fortemente legata alla interconnessione e comunicazione multiprofessionale e interprofessionale che si dovrebbe affidare ad un altro importante cambiamento: la digitalizzazione della sanità e del Ssn.

"La speranza di una interconnessione a livello di comunicazione multiprofessionale e interprofessionale anche con ope-

ratori non medici grazie alla rivoluzione digitale, per il momento, è estremamente deludente". "Piuttosto - chiosa Scotti - ho la percezione che anche lo sviluppo del digitale nel nostro Paese avvenga per silos. Un esempio di ciò sono stati i processi digitali delle piattaforme vaccinali e dei tamponi Covid fatti dalle singole Regioni. Il medico di famiglia quando un suo paziente si vaccina o ha un tampone positivo in un'altra Regione non ne è informato perché le piattaforme regionali non visualizzano tali informazioni. Il processo della gestione dei dati mi sembra ancora troppo legato alla valorizzazione di un potere che oggi ognuno vuole mantenere all'interno del proprio orticello. Condividere il dato, le prestazioni significa anche far evolvere il livello assistenziale minore verso uno di intensità maggiore. Siamo di fronte ad un sistema che deve decidere una volta per tutte se vuole elevare le cure primarie ad un livello di intensità assistenziale maggiore. Se ha questa finalità, è chiaro che a quel punto è fondamentale l'interconessione. Al Mmg serve la possibilità di avere un punto di riferimento specialistico di secondo livello che all'inizio gli servirà con maggiore frequenza per confrontarsi rispetto a un suo modello di minore competenza, ma nel tempo il Mmg migliorerà le sue prestazioni e ne avrà sempre meno bisogno o meglio ne avrà bisogno in maniera sempre più appropriata".

Prossimità e diagnostica negli studi dei Mmg: i punti dirimenti

"La MG per strutturarsi, rispetto ad una esigenza reale di presenza sul territorio, deve mantenere la sua prossimità. Attualmente, il nostro contratto contempla le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) attraverso cui possiamo dare una risposta a piccoli quartieri e comunità, creando relazioni con i medici presenti in quel territorio, con le sedi di riferimento afferenti a medici già organizzati in gruppo, in cui praticare una MG più intensa. Io partirei da qui, dal basso non dall'alto, come si è fatto ipotizzando le Case di Comunità (CdC). Le AFT, ove fossero realizzate le CdC, possono anche traslare in esse, salvaguardando sempre la prossimità. È poi fondamentale mettere in relazione il primo livello di relazione tra la medicina di assistenza primaria a ciclo di scelta con la medicina primaria a ciclo orario (continuità assitenziale) che oggi complessivamente eroga 21 milioni di ore, formalizzate, molto spesso, su orari notturni con interventi minimali. Si deve partire da qui per differenziare l'offerta sanitaria. In un territorio che offre PS, centrali operative del 118 e presidi sparsi di guardia medica, la dotazione organica presente durante un orario notturno, sulla base del numero di interventi, può essere ridotta a vantaggio di una presenza maggiore durante il giorno per rendere l'offerta più continuativa, più efficace ed efficiente sia nella continuità di cura delle h12 e h16 della MG sia nell'attività domiciliare per pazienti già segnalati in collegamento con il distretto/CdC in collaborazione con infermieri e specialisti".

"Altro punto fondamentale è la presenza della diagnostica negli studi dei Mmg. Gli studi dei Mmg devono essere dotati di strumenti di prima diagnostica, rete e telemedicina per garantire un'assistenza di prossimità adeguata e non accrescere le diseguaglianze territoriali, partendo dai gruppi di medicina generale organizzati e da quelli delle zone disagiate come prevede il decreto del riparto regionale dei 235 milioni sulla diagnostica di primo livello. Ma servono gli Accordi Integrativi Regionali (Air) il cui ritardo non trova giustificazioni. Io Mmg ho il diritto di comprendere che valore avrà nel mio studio la presenza di tali strumenti e dei servizi erogati con il loro utilizzo rispetto alla presa in carico del paziente e quale sarà la ricaduta sui PDTA, visto che ne conseguirà comunque un risparmio per il sistema, un meccanismo di secondo livello più appropriato, con riduzioni di liste d'attesa e darà valore a quello studio del Mmg anche rispetto all'accesso in ospedale".

▸ **La Formazione dei giovani Mmg: un percorso a ostacoli**. L'accesso alla professione è reso ancora più difficile da quanto sta accadendo ai Corsi di Formazione in MG su cui bisogna intervenire al più presto. "Adesso le Regioni stanno pubblicando i bandi previsti per febbraio di quest'anno - spiega il Segretario Generale della Fimmg - Ma non ci possiamo permettere ogni anno un ritardo di queste proporzioni, mentre le pubblicazione dei bandi delle altre specializzazioni procedono puntualmente. È assurdo".

▸ **Gli studi dei Mmg sono un'impresa sociale ed etica**."Ribadisco che se questo è lo stato dell'arte, bisogna intervenire su quello che si può fare senza neanche grandissime risorse". Secondo Scotti, basterebbe soffermarsi sull'inquadramento del Mmg quale libero professionista convenzionato, un soggetto a partita IVA per cominciare a fare la differenza. Tale inquadramento permetterebbe al governo di poter intervenire su capitoli di bilancio che non sono quelli dei Fondi sanitari nazionali e regionali. "Mi chiedo - chiarisce Scotti - se si mettono in campo azioni di aiuto alle imprese, allora perché non aiutare un'impresa sociale ed etica come è quella dello studio di un medico di famiglia, creando, per esempio aiuti sui costi dell'energia? Perché non utilizzare, per esempio, l'evoluzione del reddito di cittadinanza verso l'occupazione per creare un vantaggio decontributivo e defiscalizzante per un Mmg, che dopo un corso di formazione, può assumere qualcuno dei soggetti percettori del reddito, garantendo così un risultato assistenziale e organizzativo ai cittadini e un miglioramento del lavoro e della contribuzione dei carichi di lavoro per il medico?

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

Siamo ad un punto di non ritorno, è ora di fermare la svendita dei Mmg

L'ipotetico riordino della medicina territoriale può concretizzarsi solo con progetti che nascano dal territorio e in particolare dai medici di medicina generale. Quindi non possiamo più essere gestiti da figure ministeriali incompetenti o da rappresentanti che si prestano ad accordi assurdi da vetero sindacalismo che rispondono ad interessi di parte e non a quelli dell'intera categoria. È ora di fermare i saldi e le svendite. Solitamente nei tavoli contrattuali, quando si contrae la forza lavoro, si diventa molto più forti nella contrattazione. Ciò non accade nella Medicina Generale: facciamoci una domanda e diamoci una risposta

Alessandro Chiari - *Segretario regionale Fismu Emilia Romagna*

La sanità post Covid ha senz'altro un grosso e impellente problema di riordino generale. Il territorio però ha delle caratteristiche molto diverse che conoscono e possono conoscere solo i medici di medicina generale (Mmg) che esercitano la professione in tale ambito. Come più volte è stato detto la Medicina Generale ha mostrato la massima efficacia proprio nel momento iniziale pandemico in cui è stata abbandonata a se stessa, situazione in cui abbiamo pagato pure un triste tributo di colleghi caduti sul lavoro: questo non è senz'altro un particolare da poco. Abbiamo poi subito una fortissima campagna denigratoria nazionale. Siamo stati abbandonati e presi in giro passando dal fatto di essere stati considerati angeli, all'inizio della pandemia, per essere poi trasformati in angeli caduti, diventati demoni, degni della trama di un libro di **Dan Brown**, cadendo nel profondo degli inferi sanitari. Siamo stati attaccati con una aggressività inusuale da pazienti e colleghi no-vax. Siamo diventati, nostro malgrado, una sorta di attori di copioni e situazioni assolutamente incredibili e indesiderate che ci hanno schiacciato e oberato con carichi di lavoro, di norma, non di nostra competenza e formazione.

L'esodo

Siamo stati schiacciati da luoghi comuni, diventati ormai una delle armi più diffuse utilizzate dai mezzi di comunicazione. Purtroppo, l'esperienza insegna che sono proprio questi luoghi comuni i più duri a morire, perché ci accompagnano per tutta la vita. Poi tutto è stato complicato dalla fuga dei Mmg e dei giovani dalla professione. Di questo esodo biblico due sono le motivazioni principali: da una parte proprio il carico lavorativo assurdo che spaventa i giovani Colleghi che si approcciano alla Medicina Generale e, dall'altra, la partenza precipitosa verso il pensionamento dei più esperti colleghi anziani Mmg. Teniamo anche conto che per formare realmente un medico di medicina generale competente ci vogliono almeno 15 anni di lavoro sul campo.

Una speranza

Il ministro Speranza, mai nome fu più appropriato, e tutto il suo *entourage*, secondo me, sono stati fallimentari nella gestione della pandemia, che ricordiamo, tuttavia, non è ancora finita. Una serie di improvvisazioni imposte alla Medicina Generale, malgrado questa fosse autogestita e, proprio per questo, stesse lavorando al meglio, ha continuato, progressivamente ed inesorabilmente, a caricare di compiti burocratici e di note AIFA i Mmg in virtù di una scelta che cercava di scaricare dalla pressione, generata dalla pandemia, l'apparato ospedaliero e specialistico, deviandola sul territorio. Poi tutta la storia delle certificazioni di malattia e dei vaccini anti covid che ha massacrato lo studio medico dal punto di vista organizzativo, che ha messo in grave difficoltà sia l'attività di *front office* che quella di back office con una serie di accessi

e telefonate numericamente troppo elevate, oltre la capacità di ricezione, assolutamente ingestibili. Ed ogni indicazione data dal ministero alla popolazione, era quella di rivolgersi al proprio medico di famiglia. Tutto questo carico di lavoro ha complicato lo sforzo del *team* ambulatoriale, impegnato duramente dal tentativo di non lasciar diventare gli studi dei Mmg un luogo di contagio con misure preventive e gestionali riguardanti l'accesso alla sala d'aspetto e nello stesso ambulatorio. Come nell'entropia i pazienti sono diventati una sorta di turbine di molecole impazzite, uno *tzunami emozionale* che dura tuttora.

Altro giro, altre montagne russe

Adesso è arrivato un nuovo Ministro della Salute, **Orazio Schillaci** che, ad onore del vero, nel suo primo 'atto' ministeriale non ha mostrato alcun rispetto verso i Colleghi che hanno combattuto e che sono caduti in questa pandemia. Di estrazione universitaria, forse poco concreto, per Dna formativo ed inesperto della situazione territoriale, libera tutti i Colleghi no-vax, che tanto tristemente hanno creato il *kaos* nell'osservanza di linee guida scientificamente provate. Non solo, inizialmente ha sottovalutato anche l'uso dei presidi di sicurezza personali nelle strutture sanitarie, mettendo a rischio sia i colleghi sia il resto dell'apparato sanitario e gli stessi pazienti. Non è stato certamente un bell'inizio. Se l'improvvisazione caratterizzava il regno di Speranza, ora si è passati all'occultamento della pandemia attraverso la negazione dei dati giornalieri del contagio anche per gli adetti ai lavori. Sembrerebbe proprio di essere caduti dalla padella nelle brace. Se il nome Schillaci ci fa venire in mente, almeno per la mia generazione, le '*Notti magiche di Italia 90*', crediamo che qui di magico non ci sia nulla, almeno se dobbiamo basarci su queste prime mosse degne di un elefante che si muove in una cristalleria. Ancora una volta la politica non si mette al servizio della sanità, ma al contrario, la vuole sfruttare. Sembra una sorta di maledizione. Credo che molti osservatori, noi compresi, dobbiamo ammettere che forse l'ultimo ministro che abbia mostrato di avere un minimo disegno sanitario degno di un progetto sia stata "*the amazing*" **Rosy Bindi**, condivisibile a seconda dei punti di vista, ma senz'altro assennata. Poi che qualcosa non abbia funzionato, nemmeno con il ministero Bindi che ha lasciato un'eredità di lacerazioni e contraddizioni nel Ssn, con il DL 229/99, che stiamo ancora pagando, questo è altra storia. La partenza alquanto distopica di questo ministro, quasi da incubo, tanto più appesantita dalla nomina del viceministro farmacista, ci lascia molto perplessi circa un incerto, ma temibile, asse di comando che parte dall'università, passando dalle farmacie in una prospettiva sempre più incanalata nella direzione di una svalutazione della figura professionale del medico di medicina generale.

Che ci riserverà il futuro?

Non possiamo rispondere ancora a questa domanda anche se le premesse non sono affatto confortanti. Dopo che la Medicina Generale ha dimostrato di sapersi amministrare da sola, l'unico pensiero/progetto che possiamo avere è quello di fermare il mondo e scendere da questo carro impazzito. Cavalli imbizzarriti che ci portano nel turbine della tempesta o (forse, con una immagine meno epica si potrebbe immaginare come un asino in barca), la chiave di lettura è sempre la stessa: il problema della Medicina Generale è generato dal fatto che essa opera in un terreno minato che può comprendere ed amministrare solo chi vi lavora. Un'apparente terra di nessuno dove in realtà i soldatini sanno muoversi molto bene, soprattutto quando non si adeguano agli ordini assurdi. Non ci rappresentano certo quella serie di personaggi che possono essere definiti come *influencer* che stanno svendendo tutti i Colleghi in cambio di vantaggi economici e di carriera, sempre pronti ad asservire le aziende o le Regioni diventando organici alla strutturazione del Ssr in cui operano anche se in antitesi con il Ssn. Abbiamo seguito personalmente la novella circa le vaccinazioni, dove alcuni nostri colleghi, avvezzi alle leccate del potere, sostengono tuttora che la vaccinazione anti covid sia compito del Mmg: ma come…ci chiediamo noi: ma quale compito nobile, di che stiamo parlando, se ormai le vaccinazioni le fanno pure (con tutto il rispetto possibile) anche i tabaccai? E le case della salute/comunità? Bello che esista al mondo della gente che non ha dubbi mai. Altro che cavalcata delle valchirie, questo è un valzer di gnomi. Che gettino la maschera. La nostra disillusione, come nel film Zardoz del 74, diventa furia vendicatrice quando si scopre che il nome del dio Zardoz è una contrazione di *wiZARD of OZ*, personaggio, tratto da un romanzo, che parla con una voce contraffatta nascondendosi dietro una maschera. Forse sarebbe meglio spendere i soldi per le case cantoniere. Ripristiniamole… le strade fanno schifo. Purtroppo, non si è solamente raggiunto il punto di non ritorno, ma l'abbiamo ampiamente superato.

L'ultimo dottore. Medici in via d'estinzione?

La Medicina come viene insegnata, organizzata e praticata è un vecchio dinosauro analogico in estinzione. La Medicina Generale è la disciplina con le maggiori possibilità di sopravvivenza nel prossimo futuro purché occupi lo spazio accademico che le spetta, recuperi il ruolo gerarchico-professionale, un disegno di carriera, le aree "specialistiche" espropriate e/o delegate, le abilità cliniche e le Humanities

Giuseppe Maso

Professore di Medicina di Famiglia, Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di Udine; Past-President SIICP

Se proviamo ad immaginare come potranno modificarsi le cure primarie nel prossimo futuro non possiamo non analizzare i cambiamenti avvenuti negli ultimi decenni nella società. Nel 1976 **Jerrold S Maxmen** pubblicò, per i tipi di *John Wiley & Sons*, un saggio dal titolo: *The Post-physician Era: Medicine in The 21st Century (Health, medicine & society)*. Lessi il libro solo qualche anno dopo, mi colpì molto; internet non c'era ancora, non si parlava di intelligenza artificiale, eppure la sola esistenza dei primi computer faceva prevedere cambiamenti epocali nell'organizzazione dei sistemi di erogazione delle cure, negli approcci diagnostici e terapeutici e nelle figure professionali coinvolte nel mantenimento della salute e nella cura delle malattie. Il titolo del libro dice già tutto, il medico così come lo conosciamo, secondo Maxmen, è destinato a scomparire. Maxmen ha fatto previsioni fino al 2025 e la maggior parte di queste si sono realizzate sia nel campo delle comunicazioni sia in quello della tecnologia così come molte in quello biomedico.

Il computer non è solo un raccoglitore e trasmettitore di dati è qualcosa di più e per questo già nel lontano 1996 pubblicai un "codice per la robotica in Medicina di Famiglia" e presentai nel 1998 ad un congresso mondiale delle società scientifiche della Medicina Generale, tenutosi a Dublino, la proposta di una "Carta per la robotica in Medicina di Famiglia".

Sono passate diverse decadi da quando il computer è entrato negli studi medici. Dapprima lo abbiamo utilizzato come archivio per i dati dei nostri pazienti, sostituendo le cartelle cartacee, appena trasformate da cartelle ospedaliere in cartelle orientate per problemi. Questo ci permetteva di richiamare in tempo reale i dati che ci servivano per la clinica, ma anche per l'*audit* e per la ricerca facendoci fare così un salto epocale (fase informatica). Ben presto con l'affermarsi di Internet il computer è diventato indispensabile per accedere a banche dati e biblioteche e per comunicare tra colleghi (fase telematica). I computer si sono poi evoluti riuscendo a fare ciò che prima solo un dottore poteva fare: interpretare dati, seguire linee guida, assistere il processo diagnostico, aiutare nelle prescrizioni, gestire strumenti e tecnologie diagnostici, seguire nel tempo alcune malattie, gestire la formazione continua e lo sviluppo professionale, gestire conferenze virtuali, gestire il budget dello studio etc. (fase robotica).

Un cambiamento epocale

Senza rendercene conto abbiamo vissuto e stiamo vivendo un cambiamento talmente grande che potrà travolgere in maniera definitiva la professione. Questo stravolgimento, per quanto è possibile ora percepire, porta con sé dei pro e dei contro. In teoria dovrebbe portare ad un ridimensionamento della specialistica in generale: sono diventate a portata ambulatoriale procedure diagnostiche impensabili fino a qualche anno fa. Anzi, sono diventate a portata di singolo paziente; era impensabile che una persona potesse monitorare da sola la glicemia o il suo stato coagulativo e che potesse gestire la terapia seguendo un programma informatizzato. La miniaturizzazione e il basso costo della robotica ha moltiplicato le possibilità ambulatoriali (quando non sono bloccate solo da vincoli economici, burocratici e normativi). Con la robotica stanno scomparendo funzioni finora prerogativa della Medicina specialistica come l'ambulatorio per l'ipertensione, per il diabete, per le malattie della tiroide,

per l'osteoporosi, per la menopausa, per la contraccezione etc. etc. sostituiti da applicazioni dello *smartphone*.
Il computer è diventato robot e tale robot cresce rapidamente, si evolve, e come un cucciolo di mammifero ha bisogno di un'educazione e di regole pena la perdita di libertà delle persone e dei medici.
Nella quarta storia sui robot, "circolo vizioso" che apparve nel numero di *Astounding Science Fiction* del marzo del 1942, a pagina 100 uno dei personaggi creati dalla fantasia di **Isaac Asimov** disse ad un altro: "*Senti, partiamo dalle tre leggi della robotica*"; era la prima volta che il termine robotica appariva in testo scritto. Che leggi dovremmo applicare alla robotica medica? Esse dovranno salvaguardare il rapporto di fiducia tra medico curante e paziente, la libertà di questo rapporto e la libertà delle persone e dei medici curanti perché solo un uomo libero può curare un altro uomo libero. Queste leggi dovranno difendere la Medicina come disciplina autonoma e indipendente in qualsiasi sistema essa si trovi ad operare. Parafrasando le leggi di Asimov:

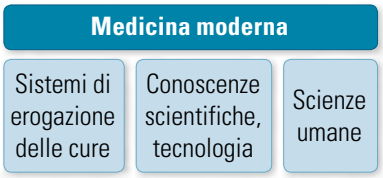
- Un robot non può recare danno alla Medicina.
- Un robot dovrà obbedire al medico che lo possiede, tranne nel caso di contrasto con la prima legge.
- Un robot deve salvaguardare la propria esistenza, purché ciò non sia in contrasto con la prima legge. (Queste prime tre leggi derivano direttamente dalle leggi di Asimov)
- Deve essere sostenuta e garantita la pluralità dell'offerta di robot. Un robot unico per un unico Sistema Sanitario significa la fine del libero pensiero nella pratica del medico.
- Deve essere garantita la libera scelta del robot da parte del singolo medico.
- Deve essere garantito uno standard minimo di attività e qualità del robot.
- Il robot deve essere personale.
- I dati presenti nella memoria del robot appartengono esclusivamente al medico che lo gestisce e al paziente che li ha forniti. Il paziente si rivolge sempre ad un medico personale e mai ad un sistema.
- Tutti i medici, in tutto il mondo, devono essere formati per avere completo accesso alla tecnologia informatica ed alla robotica.
- I robot dovranno avere un approccio alla medicina di tipo multi-etico e multidisciplinare.

Sopravvivenza e libertà della professione

L'evoluzione delle risorse informatiche e telematiche in Medicina condurrà inevitabilmente verso una robotica avanzata. La pluralità dell'offerta, la libera scelta e il controllo dell'evoluzione da parte dei medici assumono quindi un'importanza strategica fondamentale per la sopravvivenza e la libertà della professione, ma soprattutto per la libertà delle persone che a essa si affidano.
Ma la tecnica non è un qualcosa di statico, scriveva **Emanuele Severino** nel 1988, "*è indefinito potenziamento, incremento indefinito della capacità di realizzare scopi, si è trasformata da mezzo in fine. La tecnica sta portandosi al centro e alla guida della nostra civiltà perché le grandi forze di pensiero e di vita della tradizione occidentale vanno ritirandosi ai margini. Si tratta di un evento decisivo e tipico della nostra epoca*". In Tecnica e Architettura scrive: "*il nostro tempo prende coscienza di se stesso con difficoltà, ossia del suo essere inevitabilmente destinato, col tramonto della tradizione epistemico-metafisico-teologica, alla dominazione della tecnica*".
La tecnica si autoalimenta, genera altra tecnica in una evoluzione senza fine coinvolgendo ogni aspetto della vita umana e l'intelligenza artificiale supera le basi biologiche dell'uomo apprendendo e riconoscendosi.

FIGURA 1

I pilastri della Medicina moderna



La Medicina moderna poggia su tre pilastri (*figura 1*) che non sono gli stessi in ogni parte del mondo e il futuro di questi è deciso da tre forze:

1. La Tecnologia
2. La Politica
3. Il Mercato

1 **La Tecnologia**: essa di per sé è neutra, ma le sue applicazioni cambieranno in breve tempo la medicina. Assistenti virtuali cureranno e monitoreranno pazienti digitali. I singoli pazienti possono già gestire da soli molte patologie con *device* di basso costo, il computer sta già sostituendo l'oncologo, il dermatologo, l'oftalmologo, il neurologo, il diabetologo e l'anatomopatologo. *IBM*, *Google*, *Philips* raccolgono quantità di dati inimmaginabili che guideranno scelte e diagnosi. Un'*app* basata sull'intelligenza artificiale è risultata più brava dei medici di medicina generale nel fare diagnosi basate sulle risposte dei pazienti. Il medico olografico ideato dagli sceneggiatori di *Star Trek* diventa realtà: un chirurgo della Nasa e la sua équipe sono stati infatti teletrasportati con un ologramma sulla Stazione spaziale internazionale per dialogare e interagire in tempo reale con un astronauta.

Conclusioni

- L'evoluzione delle risorse informatiche e telematiche in medicina condurrà inevitabilmente verso una robotica avanzata.
- Il nostro tempo è inevitabilmente destinato, col tramonto della tradi-

FIGURA 2

Modelli di Sistema Sanitario

Modello Beveridge

- Nato nel secondo dopoguerra come servizio sanitario nazionale. Si basa sulla universalità, sulla uniformità e sulla unità.
- Finanziato dallo stato (tax-based).
- Danimarca, Irlanda, Uk, Svezia, Finlandia, Slovakia, Cipro, Polonia, Malta, Italia.
- Vantaggi: tutti sono trattati allo stesso modo.
- Svantaggi: difficile realizzare l'uniformità. Differenti fasce di popolazione possono avere necessità diverse. Rischio di rallentare il miglioramento delle prestazioni bloccando la concorrenza.

Modello Bismarck

- Nasce intorno al 1880 come assicurazione sociale. Finanziato da una tassa sui salari pagata dai lavoratori dagli imprenditori.
- Francia, Germania, Austria, Belgio, Lussemburgo, Olanda, Estonia, Rep.Ceca, Lettonia, Slovenia, Ungheria.
- Coperti lavoratori e familiari (schemi per coprire chi non lavora).
- Vantaggi: responsabilità di imprenditori per il welfare dei lavoratori.
- Svantaggi: sistemi separati per chi lavora e chi non lavora.

Modello Semashko

- Nessun riconoscimento.
- GPs salariati e poco stimati.
- Basati su policlinics.
- Ancora predominante in molti paesi dell'Est Europa.

zione epistemico-metafisico-teologica, alla dominazione della tecnica (Emanuele Severino).

- La tecnica coinvolge ogni aspetto della vita con un incremento della velocità evolutiva (Aldo Schiavone).
- Scompariranno la maggior parte delle specialità.
- Gli infermieri avranno un ruolo fondamentale per la gestione delle abilità manuali.
- La tecnologia evoluta ha perso la conoscenza della clinica generale.

2 **La Politica**: se solo osserviamo i modelli dei sistemi di erogazione delle cure primarie (*figura 2*) ci rendiamo conto di quanto le decisioni politiche condizioneranno il futuro, e ci rendiamo pure conto di come la professione all'interno dei vari sistemi abbia diversa rilevanza (*figura 3*).

Conclusioni

- Il regime politico condiziona la professione medica.
- La biopolitica decide l'organizzazione delle cure.
- Scomparsa del medico come professionista individuale.
- La politica può gestire la tecnologia.
- La politica insegue la tecnologia.

3 **Il Mercato**: la sanità integrativa si sta diffondendo, molte piattaforme facilitano l'attività medica privata, facilitano cure "virtuali", *Amazon* punta sulle cure domiciliari e nascono strutture private che forniscono assistenza su abbonamento.

FIGURA 3

Modelli professionali nel mondo

Gerarchico-normativo	Gerarchico-professionale	Non gerarchico-professionale
Il sistema delle cure primarie è regolato dallo Stato	Il MdF è la pietra angolare del sistema e gode di autorità professionale di alto profilo	Organizzazione delle cure primarie lasciata all'iniziativa dei professionisti del settore sanitario
Spagna/Catalogna	Australia	Germania
Finlandia	Nuova Zelanda	Canada
Svezia	Paesi Bassi	
Italia	Regno Unito	

Conclusioni

- Il mercato si serve della tecnologia.
- Gli interessi del mercato possono coincidere o non con il diritto alla salute dei cittadini.
- Concorrenza tra stato e mercato.
- Costo in termini di *privacy* e diritti individuali.
- Sanitari esclusi dai proventi economici.

▸ Che fare?

La Medicina come viene insegnata, organizzata e praticata è un vecchio dinosauro analogico in estinzione. La Medicina Generale è la disciplina con le maggiori possibilità di sopravvivenza nel prossimo futuro purché recuperi il ruolo gerarchico-professionale, un disegno di carriera, le aree "specialistiche" espropriate e/o delegate, le abilità cliniche e le *Humanities* (la dimensione storica dell'esperienza umana e i saperi umanistici). Questa disciplina dovrà sviluppare il *near* e *far patient testing*, la conoscenza della *mobile economy* e delle *app* sanitarie, la conoscenza della genetica, la interdisciplinarietà e la trans-disciplinarietà. Dovrà costruire una nuova alleanza medico-paziente. Ma potrà fare tutto questo solo se occuperà lo spazio accademico che le spetta o si estinguerà.

• *Relazione presentata a Milano durante il Convegno: "Strategie di confronto, formazione e comunicazione alle soglie di una nuovo modello di medicina territoriale".*

Tra ospedale e territorio occorrono comunicazione e collaborazione

Il rapporto tra realtà ospedaliera e medicina del territorio è estremamente prezioso, perché, se ben gestito, può consentire al paziente che ha avuto necessità di ricovero e bisognoso di cure, di essere adeguatamente seguito e supportato nel tempo. La realtà però spesso è ben lontana dalle aspettative

Intervista a: **Dario Manfellotto**

Presidente Nazionale FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti)

Il rapporto esistente tra realtà ospedaliera e medicina del territorio è estremamente prezioso, perché, se ben gestito, può consentire al paziente che ha avuto necessità di ricovero, di essere adeguatamente seguito e supportato, anche alla sua dimissione, in maniera continuativa e coerente, senza disorientamenti e dispersioni di energie e di risorse che potrebbero inficiare il percorso di cura e possibilmente di guarigione.
La realtà però spesso è ben lungi dal corrispondere alle aspettative.

Dottor Manfellotto, di integrazione ospedale-territorio si parla da tantissimo tempo, ma finora non si è mai realizzata appieno, come mai a suo avviso?

Credo che principalmente si tratti di una scarsa conoscenza del problema, perché si è molto parlato di "territorio", ma tanti di coloro che ne parlano in realtà non riescono a definire bene quale sia "il territorio" e tanto meno quali debbano essere i rapporti con l'ospedale.
È chiaro che il territorio, inteso come la presenza di strutture e di servizi distribuiti capillarmente in modo diffuso, in stretto coordinamento e rapporto con l'ospedale, è assolutamente indispensabile: i Mmg, le strutture ambulatoriali, sono imprescindibili, ma quello che deve funzionare più di tutto è la rete, il collegamento fra queste strutture.

Il rapporto ospedale-territorio sarebbe dovuto essere definito anche attraverso una riforma della Medicina del territorio, che però sembra ferma. Dal suo punto di vista, come dovrebbe essere sviluppata tale riforma?

Di questo tema si è parlato tantissimo negli ultimi mesi, proprio perché doveva partire, in linea con quanto previsto e dettato dal Pnrr, la riforma della Medicina del territorio, per cui si è arrivati a definire questo DM 71 che poi è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale (GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022 ndr) come DM 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, ndr).
E che cosa dice questo documento? Dice che nel territorio devono esserci delle strutture distribuite capillarmente, e quindi indica le Centrali operative territoriali, gli Ospedali di comunità, le Case di comunità. Su questo noi abbiamo discusso molto, ci siamo confrontati, siamo stati chiamati anche come Federazione degli Internisti Ospedalieri al tavolo con le Istituzioni, Ministero, Agenas, proprio per definire meglio questa organizzazione.
Su questo tema mi rimane un po' di delusione, nel senso che mi sembra una riforma "bella", ma senza anima. Queste strutture, come sono definite, intanto non hanno il personale, almeno allo stato attuale, perché secondo quanto è stato stimato anche dall'Università Bocconi, ci vorrebbero 40.000 operatori nuovi fra medici e infermieri, che in realtà non ci sono e in tre anni sicuramente non si formano e non si trovano. Quindi l'anima, a partire da chi ci lavora dentro, non c'è.
E poi manca l'anima organizzativa e strutturale, dal punto di vista della relazione fra gli operatori e le strutture. Non c'è una vera rete di collegamento, una connessione fra le varie strutture. Quello che dico io, da medico di ospedale da 40 anni, l'ospedale non è staccato dal territorio! Il servizio sanitario è un

tutt'uno: c'è l'ospedale, il servizio sanitario territoriale, i Mmg.... e tutto deve essere collegato, perché un sistema che funziona in modo coordinato fa il bene del paziente. A noi interessa questo: il bene del paziente e il funzionamento della sanità pubblica. Questa è la nostra missione, è il nostro lavoro.
Entrando più nel dettaglio: le case di Comunità sarebbero forse un doppione di quelle che sono adesso le Case della salute, che però non funzionano bene, sono sostanzialmente dei poliambulatori.
Per quel che riguarda l'Ospedale di Comunità, in tanti abbiamo detto che innanzitutto è improprio chiamarlo ospedale, perché non ne sono chiari i connotati. Quando si parla in generale di Ospedale, cosa si intende: Ospedale di comunità, Ospedale azienda o l'ospedale dove lavoro io? Non si capisce, magari avrebbero dovuto chiamarlo, per esempio Presidio di comunità o Struttura di comunità, perché il termine "ospedale" genera confusione. Ma è anche importante definire chiaramente cosa viene fatto in queste strutture. L'Ospedale di territorio dovrebbe essere un ospedale con un minore livello assistenziale rispetto all'ospedale "generale", chiamamolo così. Questo aspetto però ancora non è definito e anche qui c'è un problema di personale. Abbiamo tre anni per lavorare su questo, ma già un anno è passato. Su questo bisogna essere molto chiari e molto proattivi, per cercare di arrivare a sviluppare questa riforma e a svilupparla completamente, tenendo ben presente che anche al di là di definire chi ci lavora, la cosa fondamentale è creare le condizioni di collegamento digitale, informatico, fisico, telefonico, strutturale, e quant'altro, fra le varie emanazioni del Ssn.

Sul piano pratico, il paziente che esce dall'ospedale con una diagnosi, eventuali cure e anche il suo bagaglio umano di preoccupazioni o paure, come può essere seguito al meglio a livello territoriale?

Quando il paziente viene dimesso dall'ospedale, ha una lettera di dimissione che gli ospedali più virtuosi, quelli meglio organizzati e più funzionali, si impegnano a redigere, fornendo al paziente informazioni precise su dove andare, quand'è il successivo controllo, quando deve fare le analisi, a chi si deve rivolgere, i contatti telefonici, la reperibilità di chi ha scritto la lettera, le informazioni con i familiari, la presa in carico dai servizi sociali. Tanto più se un paziente è fragile, tutto questo è fondamentale. Se ha particolari necessità occorre organizzare le strutture di assistenza domiciliare, oppure il paziente può avere bisogno di andare in una struttura di riabilitazione, in una struttura post acuzie, dove sta per un certo periodo di tempo, in attesa di migliorare e di poter auspicabilmente tornare a casa, oppure può aver bisogno di una residenza sanitaria assistita, dove rimarrà probabilmente per tutta la vita. Ecco, tutto questo va organizzato e gestito e a tale scopo è fondamentale il rapporto con queste strutture.
Anche il Mmg ha un ruolo cruciale e infatti noi gli scriviamo o lo contattiamo, di regola, proprio perché possa condividere con noi il percorso del paziente che ha in cura.
In tutto questo, ancora una volta, l'esigenza fondamentale, senza la quale le cose non funzionano, è il collegamento operativo tra le varie entità. Per prendere in carico un paziente, per fare un trasferimento, da qualche parte c'è ancora il fax, non so se mi spiego. In un momento storico come questo, in cui c'è la sanità digitale, la mail, il "metaverso", da alcune parti ancora si va avanti con il fax, e questo ovviamente non può essere.

Alla luce del Pnrr, della possibilità della riforma della medicina territoriale e dell'edificazione delle case di comunità e degli ospedali di comunità, come potrebbe cambiare il rapporto ospedale-territorio?

La cosa principale è la necessità di una collaborazione stretta fra l'ospedale e il Mmg, che non so in che modo e se verrà coinvolto negli Ospedali e nelle Case di comunità - su questo c'è un grosso dibattito in corso su vari aspetti anche formali - ma una cosa chiara è che la medicina funziona se tutti gli operatori si parlano tra loro, senza conflittualità fra medici specialisti ospedalieri e Mmg, ma, come avviene nei posti più virtuosi, all'insegna di una grande collaborazione. Io con tanti Mmg ho un rapporto di amicizia, oltre che di collaborazione: mi mandano i pazienti, mi pongono quesiti, io rimando a loro dei pazienti... Insomma, il rapporto deve essere collaborativo. Siamo specialisti diversi che devono ascoltarsi fra loro, senza rivalità, senza invidie e senza problemi, ma soltanto cercando di avere una collaborazione molto stretta.

Quindi, le parole d'ordine per un rapporto ottimale fra ospedale e medicina del territorio sono comunicazione e collaborazione?

Esatto: comunicazione e collaborazione

Intervista a cura di Livia Tonti

Se la riforma del territorio non convince neanche gli ospedalieri

I sindacati di categoria (Anaao-Assomed, Cimo-Fesmed e Aaroi-Emac) invitano il nuovo Governo a disegnare una nuova filiera della salute che parta dai bisogni del paziente e dalle esigenze del personale sanitario. Motivo per cui denunciano che l'attuale riforma del territorio, su cui i riflettori sono ben puntati, appare del tutto sganciata dall'organizzazione degli ospedali, non superando quell'impostazione a silos del Ssn che in questi ultimi anni ha mostrato tutti i suoi limiti

Anaao-Assomed, Cimo-Fesmed e Aaroi-Emac invitano il nuovo Governo a riaccendere i riflettori sull'ospedale e a disegnare una nuova filiera della salute che parta dai bisogni del paziente e dalle esigenze del personale sanitario.
"Tra i principali dossier che il nuovo Ministro della Salute Orazio Schillaci ha trovato sul tavolo - spiegano in una nota stampa - c'è senza dubbio la riforma della sanità territoriale, già impostata nel DM77. Una riforma apprezzabile sotto molti punti di vista ma incompleta e, soprattutto, sottofinanziata, considerando che per essere attuata oltre ai fondi del Pnrr necessita di un adeguamento importante del Fondo sanitario nazionale ad oggi non previsto. Una riforma, inoltre, che appare del tutto sganciata dall'organizzazione degli ospedali, e che, dunque, non supera quell'impostazione a silos del Servizio Sanitario Nazionale che in questi ultimi anni ha mostrato tutti i suoi limiti. Una riforma, quindi, che non sembra essere in grado di risolvere il cronico, ed ormai insostenibile, riversamento sul sistema ospedaliero dei bisogni di salute che la sanità territoriale non riesce a garantire. Insomma, una montagna che rischia di partorire soltanto qualche topolino".

La questione ospedaliera

"Sebbene - incredibilmente - non se ne parli, a tutti gli addetti ai lavori risulta lampante la 'questione ospedaliera', che deve essere affrontata con almeno pari dignità e importanza di quella territoriale. Anche sulla rete degli ospedali infatti occorre intervenire con urgenza, poiché le logiche del DM 70/2015 che tutt'oggi la governano risultano superate e fallimentari, avendo prodotto, negli anni, razionalizzazioni e ottimizzazioni che altro non sono che tagli tesi a ridurre drasticamente l'offerta sanitaria per i cittadini. Nel 2019 sono stati effettuati 1,36 milioni di ricoveri ordinari in meno rispetto al 2010, un calo non compensato, come si potrebbe immaginare, da un aumento di ricoveri di day hospital e day surgery, poiché anch'essi sono diminuiti di 1,27 milioni. E numeri col segno negativo si riscontrano anche sul territorio, dove le attività di radiologia diagnostica sono diminuite del 30%, l'attività clinica ambulatoriale del 32% e le indagini di laboratorio del 19%. Insomma il dato di cui tutti dovrebbero preoccuparsi è la diminuzione generale delle cure, sul territorio quanto negli ospedali".
"Il Ssn, per com'è organizzato oggi - denunciano - non funziona anche a causa di mancate politiche di prevenzione e di mancati piani emergenziali, come dimostrato dalla pandemia Covid. I cittadini iniziano a scegliere di curarsi nel privato, se possono, o di non curarsi: il 54% della popolazione opta oggi per cure *out of pocket*, mentre secondo l'ISTAT 4 milioni di italiani rinunciano alle cure mediche per motivi economici e circa 2 milioni a causa delle liste di attesa".
Per i sindacati al nuovo Governo si presenta un'occasione imperdibile: rivedere complessivamente l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, partendo dai bisogni del paziente e sostituendo la logica dei silos con una vera filiera della salute.

Il luogo dove gestire le acuzie

"Nella sanità del futuro che immaginiamo - sottolineano - l'ospedale è il luogo in cui ci si occupa delle

acuzie, circondato da strutture di livello territoriale in cui gestire le cronicità, la prevenzione di primo livello, la riabilitazione, l'assistenza domiciliare. Un ospedale moderno, tecnologicamente avanzato, interconnesso, che superi l'impostazione aziendalistica e la logica degli standard di volumi ed esiti ridotti a mero criterio economicistico di una 'produzione' da opificio".
"Nella sanità del futuro, la sanità 4.0, - precisano - immaginiamo che non si ragioni più con una visione aziendalistica che ha prodotto in 10 anni riduzioni importanti di posti letto e di personale, ha precluso ai professionisti ogni forma di carriera, ha incentivato i medici dipendenti ad uscire dal Ssn e, alla fine, ha favorito un enorme aumento della spesa pubblica avvenuto anche con la somministrazione di lavoro interinale attraverso l'ingresso di 'cooperative italiane e straniere. Si tratta di utopie o fantasie irrealizzabili? Ci piace credere di no: l'emergenza Covid-19 ha dimostrato come non ci sia crescita economica senza salute, ma non c'è salute senza un servizio sanitario pubblico, universalistico, efficiente e organizzato razionalmente. Una riforma essenziale per il Paese e per la salute di tutta la popolazione. Un grande progetto per il bene comune".

La diaspora dalla sanità pubblica

Nel 2021 gli ospedali italiani hanno perso quasi 3mila medici per dimissioni volontarie e circa 2mila tra infermieri e operatori sociosanitari hanno detto addio alle strutture sanitarie pubbliche. A questi dati bisogna aggiungere quelli che riguardano i Mmg i cui studi rappresentano la porta d'ingresso del Ssn: dal 2019, secondo quanto pubblicato dal *Sole 24 Ore*, si calcola che sono circa mille gli studi dei Mmg che chiudono ogni anno, inoltre negli ultimi dieci anni sono quasi 6mila i medici di famiglia, tra quelli andati in pensione, che non sono stati rimpiazzati.
Gli ultimi numeri sull'emergenza determinata dalla carenza dei Mmg sono stati dati dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali, che li ha aggiornati al 2021.
A fronte di 40.250 medici di famiglia complessivi la media di italiani assistiti per ognuno di loro è di 1.237 con il valore più alto al Nord (1.326), rispetto al Centro (1.159) e al Sud (1.102). Numeri che rappresentano appunto solo delle medie e che non raccontano le grandi differenze a livello regionale o locale, con Regioni che comunque sono a un passo dal massimale "storico" di 1.500 pazienti per medico soprattutto al Nord: oltre al record del Trentino Alto Adige con 1.454 pazienti per medico ci sono anche grandi Regioni come la Lombardia (1.450) il Veneto (1.370), ma anche la Calabria con la Sanità commissariata che nel 2021 balza a 1.423 assistiti per medico dai 1.055 del 2019.
• **La fuga dagli ospedali**. I dati sugli addii degli operatori sanitari sono stati elaborati da Fiaso su quelli forniti dall'Inps, dal Conto Annuale del Tesoro e dall'Onaosi e registrano nel 2021 l'abbandono di 2.886 medici ospedalieri, il 39% in più rispetto al 2020, che hanno deciso di lasciare la dipendenza dal Ssn per proseguire la propria attività professionale altrove. Secondo questi dati, la media nazionale dei medici che hanno lasciato il Ssn nello stesso anno è del 2,9%, ma in regioni come la Calabria si sale al 3,8%, e in Sicilia al 5,18%. Nello stesso anno in Lombardia le dimissioni di medici dal Ssn crescono del 43%, triplicano in Liguria, salgono dal 2,04% al 3,29% in Puglia.
• **L'innesco del Covid**. "La pandemia da Covid ha solo fatto da innesco al fenomeno delle 'grandi dimissioni' in sanità, peggiorando le condizioni di lavoro all'interno degli ospedali, già difficili a causa della mancanza del turn over e degli organici assottigliati da anni di blocco di spesa sul personale" ha dichiarato il presidente di Fiaso, **Giovanni Migliore** nel suo intervento al convegno *Great Resignation* in sanità organizzato dalla Fondazione Scuola di Sanità pubblica della Regione Veneto all'auditorium di Venezia Mestre.
"Alla base degli abbandoni- continua il presidente Fiaso - ci sono le condizioni di lavoro stressanti, dai pesanti turni di servizio con orari poco flessibili ai week end occupati da guardie e reperibilità, e il precariato che si protrae a lungo con stipendi inadeguati rispetto alla media europea. Tutte ragioni direttamente collegate con la carenza di personale. Da tempo ormai come Fiaso ribadiamo la necessità di superare il tetto di spesa per il personale, fermo al 2004. All'incremento del personale va associata una necessaria gratificazione economica, in particolare per chi lavora nei PS delle aree più a rischio e più marginali. Ma per recuperare attrattività il servizio sanitario nazionale deve poter garantire agli operatori valorizzazione professionale e benessere organizzativo. Tutto questo si fa investendo risorse economiche nel FSN". Una richiesta delusa visto il Nadef del governo dove si registra un decremento di risorse per la spesa sanitaria almeno fino al 2025.

“A che medico giochiamo?”

Questo è il titolo del primo convegno dell’Associazione LAMG (Libera Associazione Medicina Generale), nata a Milano sulla scia del movimento delle Coccarde Gialle. A conclusione dei lavori è stato elaborato un documento, una vera e propria linea di indirizzo da portare ai tavoli tecnici regionali in cui i rappresentanti dell’Associazione sono stati chiamati a partecipare

Andrea Mangiagalli
Presidente LAMG

Novanta medici di medicina generale (Mmg) lombardi appartenenti alla LAMG (Libera Associazione Medicina Generale) hanno partecipato al convegno “A che medico giochiamo?” che si è svolto a Rocca Brivio Sforza, nel comune di San Giuliano Milanese. Questa intensa giornata di incontro, studio e confronto ha portato all’elaborazione di interessanti e puntuali giudizi e proposte in merito alle problematiche che affliggono attualmente le Cure Primarie sul Territorio e in generale la Medicina Generale.

All’inizio della prima assemblea è stato proposto ai convenuti un sondaggio su varie tematiche inerenti alla professione del medico di medicina generale.

I molti temi affrontati dagli otto tavoli di discussione comprendevano:

- Il significato e le ricadute pratiche del nuovo Ruolo Unico del Mmg, compreso nell’Accordo Collettivo Nazionale approvato recentemente, una visione rinnovata della PIC (Presa In Carico dei pazienti con malattie croniche), alla luce del fallimento del precedente progetto di Regione Lombardia;
- il ruolo dei tavoli di confronto tra medici di medicina generale e Regione Lombardia per una effettiva riduzione e semplificazione del carico di lavoro burocratico;
- l’utilità e il senso attuale del tirocinio formativo in Medicina Generale, considerata la situazione critica di disponibilità di nuovi Mmg, la regolamentazione dei rapporti tra medicina generale e enti assicurativi sanitari.

A conclusione dei lavori in gruppo e nel confronto in plenaria è stato elaborato un documento che illustra varie osservazioni e proposte pratiche per superare le difficoltà della professione del Mmg.

L’Associazione LAMG ha trasmesso questo documento ai colleghi e a tutti gli organi istituzionali e di rappresentanza sindacale, per contribuire fattivamente al dibattito in corso.

In cerca di risposte

Questo primo Convegno della Libera Associazione Medicina Generale è stato un momento di riconoscimento e di cordiale unità, che speriamo apra una nuova stagione di dialogo e collaborazione tra tutti i medici di medicina generale che si riconoscono negli ideali della nostra Associazione, con tutti i colleghi che credono ancora nella grande dignità e nella bellezza del nostro lavoro. Innanzitutto, si è discusso della necessità di conoscere meglio il nuovo Accordo Collettivo Nazionale, che nasce già scaduto e non ancora completamente applicato.

Il contributo di alcuni colleghi provenienti da esperienze extra lombarde (Veneto e Liguria) ha permesso di confrontare realtà differenti con quelle lombarde, già attive su questi temi.

Le organizzazioni sindacali devono a tutti i medici di medicina generale un chiarimento sul significato e la struttura del “ruolo unico”, in particolare relativamente alle sue implicazioni future nell’organizzazione della Continuità Assistenziale nel contesto delle AFT.

L’esperienza regionale

Per quanto riguarda poi il problema della “presa in carico del paziente cronico” (PIC) è emerso che il Mmg già si dedica quotidianamente a svolgere questa normale attività a favore dei suoi assistiti e realizza nei fatti una vera e reale continuità di cura. La nostra esperienza docu-

menta che questa attività determina un carico di lavoro importante per il medico di famiglia.
La PIC proposta da Regione Lombardia nel 2017 era preoccupata soprattutto di far redigere al Mmg il PAI (Piano di Assistenza Individuale), con implicazioni di carattere informatico-amministrativo che nulla avevano a che fare con il risultato clinico, oltretutto senza alcun dato di esito "forte" in termini di mortalità o miglioramento delle cure. Il tutto senza aver contezza di quanto questo approccio sia cost/effectiveness (i reali costi di questa progettualità non sono mai sati resi noti pubblicamente da Regione Lombardia).
Il Mmg in realtà è già in grado di realizzare una PIC a favore di pazienti cronici non complessi, seguendo precise Linee Guida - PDTA, che però il Mmg applica con flessibilità nel tempo in base alle caratteristiche cliniche, all'età e alla evoluzione clinica dei singoli pazienti.
Il primo obiettivo per formulare una nuova ipotesi di PIC è una ristrutturazione del SISS (Sistema Informativo Socio-Sanitario). Il Mmg deve contare su un sistema stabile che dialoga con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e i dati clinici inseriti nella propria cartella clinica d'ambulatorio. Ogni *software* in carico ai Mmg e agli ospedali deve trasmettere dati, esiti tali da permettere un continuo dialogo informatico tra gli operatori che contribuisca a migliorare la qualità dell'attività clinica.

Quale formazione?

Per ciò che riguarda la formazione dei futuri Mmg, leggendo un recente Sondaggio di Assimefac, vediamo che la stragrande maggioranza dei medici intervistati (89%) è favorevole all'istituzione di una scuola di formazione di livello specialistico universitario. Ci siamo chiesti: chi e come potrebbe attuare un passaggio dalla formazione regionale in Medicina Generale ad una vera scuola di specializzazione? Come potrebbe essere regolata la permeabilità delle carriere con la costituzione di questa specialità? Chi e come potrà dare una corretta informazione sulla Medicina Generale agli studenti del corso universitario di medicina, sponsorizzando questa scelta specialistica? È inutile nascondersi che esiste un problema politico di interessi nella formazione, sia da parte delle agenzie regionali, che dei sindacati di categoria, che spingono affinché il percorso formativo in Medicina Generale resti al di fuori delle università, mantenendo così nei fatti la "formazione dei Mmg" una sotto specialità o una "non specialità" che non consente ai Mmg una permeabilità della carriera in ambito ospedaliero.
Esistono poi dei problemi più pragmatici: come riuscire a valorizzare il concetto di "territorialità" in un contesto universitario? Come potrebbe avvenire l'accreditamento dei docenti? È infatti auspicabile che i medici di medicina generale possano contribuire alla formazione specialistica sia teorica che pratica e che siano finalmente reclutati in base alla propria competenza.

Mmg e pazienti con polizze e assicurazioni

Un ultimo aspetto è quello inerente il consistente aumento di pazienti che usufruiscono di prestazioni attraverso polizze sanitarie assicurative. Purtroppo, il riconoscimento da parte delle compagnie assicuratrici delle prestazioni richieste è spesso soggetto a limitazioni di vario genere, che mettono gli assicurati in difficoltà nell'ottenere i rimborsi, secondo loro previsti, per prestazioni spesso già erogate e pagate di tasca propria.
Alla luce di alcune criticità del nostro lavoro per un aumento del carico è indispensabile una regolamentazione efficace che riduca o annulli del tutto l'intervento del Mmg in questo settore non di sua competenza, non intrattenendo in alcun modo rapporti di lavoro con le compagnie stesse.
Alla fine della giornata di intenso lavoro tra Colleghi è stata una opportunità per gettare uno sguardo più ampio che ci ha permesso di raccogliere informazioni più precise e di conoscere in modo più profondo la nostra realtà lavorativa. In un momento di grande cambiamento e incertezza sentiamo di poter essere un riferimento intorno a noi, un punto di vigilanza che continua a farsi domande concrete sulla realtà.
A tal proposito abbiamo trovato nel documento di Agenas dell'ottobre scorso sul Personale del Servizio Sanitario Nazionale le stesse preoccupazioni con cui abbiamo iniziato la nostra avventura: "il punto decisivo è rendere attrattiva la figura del medico di famiglia/medico di medicina generale in termini di riconoscimento sociale oltre che economico".
Come sarà possibile "chiudere il cerchio" su queste affermazioni senza avere chiari i passi da fare per dar corpo a queste istanze? Senza un giudizio chiaro non ci può essere una decisione chiara e una costruzione.
La nostra è un'esperienza reale di rapporto tra chi vive la professione nel quotidiano, una mano tesa a sindacati e istituzioni per proseguire e approfondire questo dialogo.

Aggiornamenti

Ambiente
Il seme umano sentinella di salute ambientale e generale

Cardiologia
Ipertensione resistente, una sfida ancora attuale

Endocrinologia
L'ipertiroidismo, anche subclinico, rende le ossa fragili

Gastroenterologia
Le malattie infiammatorie croniche intestinali al femminile

Terapia
SiRna: nuovo fronte nella lotta all'ipercolesterolemia

Urologia
Migliorare il percorso di cura del tumore della vescica

■ AMBIENTE

Il seme umano sentinella di salute ambientale e generale

■ Livia Tonti

Da decenni l'inquinamento ambientale rappresenta una delle preoccupazioni più grandi dell'umanità, ma è solo recentemente che ha assurto un'urgenza ormai improcrastinabile e un livello di gravità tale da mettere a repentaglio la nostra stessa esistenza. Da quello che sta emergendo con sempre maggiore chiarezza è che la questione non riguarda solo l'aumento di mortalità e morbilità, già ampiamente documentato, ma anche la riduzione delle nascite e della fertilità. L'approfondimento di questi ultimi temi sta aprendo nuovi orizzonti di conoscenza, sia in termini di effetti dell'inquinamento sulla salute, sia nell'individuazione di possibili soluzioni compensative.

Un contributo fondamentale a questa tematica proviene da un progetto italiano di ampio respiro, denominato EcoFoodFertility (www.ecofoodfertility.it). Partito dalle problematiche ambientali e sanitarie della cosiddetta Terra dei fuochi, è oggi esteso in altre aree a rischio non solo d'Italia. Coordinatore è **Luigi Montano**, Responsabile dell'Andrologia presso l'Asl di Salerno e Presidente SIRU (Società Italiana di Riproduzione Umana).

▸ Il progetto

Si tratta di uno studio multicentrico di biomonitoraggio umano che prende in considerazione i biomarcatori riproduttivi, in particolare quelli seminali, per individuare i segni precoci di danno da esposizione ambientale alla salute riproduttiva e non solo. Spiega Montano: "Il seme umano può essere considerato una vera e propria "sentinella" della salute ambientale e generale, non solo relativamente alla fertilità, ma anche come predittore di patologie cronico degenerative future e addirittura per via transgenerazionale" (Montano L, *HiMed* 2022). Il progetto è multidisciplinare, visto che considera sia aspetti medico scientifici che ambientali e agroalimentari, nell'ottica della One-Health, tanto che intorno ad esso si è costituita una importante rete di ricercatori di diverse università, centri di ricerca, di varia estrazione che ha dato vita alla Rete Interdisciplinare per la Salute Ambientale e Riproduttiva (RISAR) (https:// www.ecofoodfertility.it/rete-nazionale/ricercatori).

La prima fase si è focalizzata sulla valutazione e misurazione del danno, mostrando come il seme, rispetto al sangue, permetta di evidenziare meglio la presenza di effetti dei contaminanti ambientali in ragazzi residenti in zone ad alto tasso di inquinanti rispetto a quelli residenti in aree meno inquinate (Montano L. *HiMed* 2022).

La seconda fase del progetto va sotto il nome di "Bonifica dell'uomo inquinato", e punta sulle possibili misure di compensazione, contrasto e/o di modulazione del danno da inquinamento chimico e fisico, valutando il possibile ruolo della corretta alimentazione, con alimenti vegetali bio, degli stili di vita e dei nutraceutici.

▸ Strategie di resilienza

All'interno del Progetto, è stato condotto lo studio FASt (Fertilità, Ambiente, Alimentazione, Stili di Vita), finanziato dal Ministero della Salute all'ASL Salerno, con la partecipazione dell'Istituto Superiore di Sanità, delle Università di Brescia, Milano, Napoli, del CNR e dell'ENEA, su oltre 350 giovani maschi sani non fumatori dai 18 ai 22 anni, residenti in tre aree italiane ad alto inquinamento: Brescia-Caffaro, Valle del Sacco nel Frusinate ed Area Nord di Napoli (Montano et al, 2021). Questo primo studio ha evidenziato importanti rischi riproduttivi in tale popolazione, dove almeno un parametro seminale risultava alterato nella maggioranza dei casi. Il trial ha inoltre dimostrato che la dieta mediterranea con buona parte di prodotti biologici, insieme ad una moderata attività fisica, riesce a migliorare gli indici di fertilità maschile nel gruppo di intervento rispetto al controllo (Montano L, et al. *Eur Urol Focus* 2021; Montano et al, *Int J Mol Sci* 2022). Altri studi dello stesso gruppo stanno dettagliando ulteriormente queste osservazioni.

- *Montano L, et al. Eur Urol Focus 2021; 8: 351-359*
- *Montano L. et al. Int J Mol Sci 2022; 23: 1568*
- *Montano L. HIMed 2022; 13: 4-9*

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

■ CARDIOLOGIA

Ipertensione resistente, una sfida ancora attuale

Dal 20 al 23 ottobre 2022 si è tenuto il 39° Congresso di Cardiologia Conoscere e Curare il Cuore, durante il quale sono stati trattati diversi temi di interesse, su questioni di salute pubblica, sulla individuazione di target specifici in relazione a particolari patologie cardiache, sulla personalizzazione delle cure, sulla interconnessione delle strategie terapeutiche. Uno degli argomenti approfonditamente trattati, è quello dell'ipertensione arteriosa e in particolare, quello dell'ipertensione resistente. Il tema al centro di una relazione tenuta dal Prof. Massimo Volpe, Direttore UOC di Cardiologia, Ospedale Sant Andrea di Roma e Direttore Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, nonché Preside della Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università di Roma Sapienza.

Un problema diffuso

L'ipertensione resistente, definita come una forma in cui non si riesca ad ottenere un efficace controllo dei valori pressori nonostante l'impiego di almeno 3 farmaci, incluso un diuretico, al massimo dosaggio tollerato, si stima che riguardi tra il 9 e il 18% dei soggetti ipertesi.
La diagnosi di ipertensione resistente deve essere confermata attraverso l'esecuzione di misurazioni ambulatoriali e domiciliari della pressione arteriosa e dopo aver escluso forme secondarie e di ipertensione "pseudoresistente", tra cui l'inadeguatezza del metodo di misurazione della pressione arteriosa, l'insufficiente aderenza alle terapie prescritte (presente in percentuali del 13-45%) e l'ipertensione da camice bianco. Una volta confermata la diagnosi, la gestione dell'ipertensione resistente deve essere intrapresa tempestivamente e deve comprendere diverse strategie combinate.

Cambiare lo stile di vita

Considerato che diverse comorbidità e fattori di rischio sono associati ad un'aumentata incidenza di ipertensione resistente, fra cui l'obesità, la presenza di danno d'organo mediato dall'ipertensione (ipertrofia ventricolare sinistra e albuminuria) e di apnee ostruttive del sonno, il punto di partenza terapeutico è sempre lo stile di vita. L'ipertensione resistente è stata inoltre correlata ad alterazioni metaboliche fra cui l'iperuricemia e l'aumento dei livelli plasmatici di aldosterone. Diversi studi hanno inoltre mostrato che una proporzione consistente di soggetti con ipertensione resistente presenta un'elevata sensibilità al sale. In aggiunta alla riduzione dell'introito di sale e al calo ponderale, un importante contributo al controllo dei valori pressori deriva dalla riduzione dell'assunzione di alcol, dall'interruzione dell'abitudine tabagica e dall'esecuzione di regolare attività fisica aerobica.

Terapia farmacologica

Per quanto riguarda il trattamento farmacologico in aggiunta ad una terapia di associazione con inibitori del sistema renina-angiotensina, calcio antagonisti e diuretici tiazidici, le linee guida internazionali raccomandano l'introduzione di un antagonista del recettore per i mineralocorticoidi, in particolare dello spironolattone. Nonostante più del 70% dei pazienti con ipertensione resistente sia un candidato ottimale al trattamento con spironolattone, nella pratica clinica solo una piccola percentuale riceve questo tipo di strategia terapeutica per il timore di alcuni noti effetti avversi quali iperpotassiemia, ginecomastia e disfunzione erettile. In questi casi, l'eplerenone può rappresentare una valida alternativa.

Ruolo della denervazione renale

Negli ultimi anni una sempre maggiore attenzione è stata rivolta allo sviluppo di procedure interventistiche per il controllo dei valori pressori in pazienti con ipertensione resistente.
Ulteriori studi prospettici randomizzati sono necessari per confermare in maniera definitiva i benefici della denervazione renale, ma si suppone che nei prossimi anni, qualora questa procedura dovesse entrare a far parte routinariamente della pratica clinica, la sfida principale sarà rappresentata dall'identificazione adeguata di quei soggetti che possano trarne maggiori benefici.

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

ENDOCRINOLOGIA

L'ipertiroidismo, anche subclinico, rende le ossa fragili

Elisabetta Torretta

Nella popolazione adulta generale, l'ipotiroidismo subclinico ha una prevalenza stimata del 12%, mentre l'ipertiroidismo subclinico è meno comune, con una prevalenza stimata tra gli adulti di circa il 5%. Inoltre, la disfunzione tiroidea subclinica sembra persistere come stato cronico per circa il 60% degli individui e risulta avere una prevalenza maggiore tra gli adulti più anziani. La letteratura disponibile sull'associazione tra disfunzione tiroidea subclinica ed esiti correlati all'osso è caratterizzata da dati e conclusioni discordanti; tuttavia, una meta-analisi del 2015 di 13 studi (per un totale di oltre 70mila partecipanti) ha trovato un'associazione positiva indipendente tra ipertiroidismo subclinico e rischio di frattura, in particolare nei soggetti con livelli di TSH inferiori a 0.10 mIU/L e quelli con ipertiroidismo subclinico endogeno.
Un nuovo studio di coorte pubblicato su JAMA Network Open ha confermato che l'ipertiroidismo subclinico può essere un fattore di rischio indipendente per le fratture. Nell'analisi, che ha coinvolto quasi 11.000 individui di mezza età, l'ipertiroidismo subclinico era associato a un rischio superiore del 34% di fratture successive rispetto ai soggetti con eutiroidismo, in un follow-up mediano di 21 anni. Rispetto ai soggetti con normali livelli di tireotropina e tiroxina libera, tuttavia, il rischio di fratture non era associato a ipotiroidismo subclinico (aHR 0.90). I dati sono stati aggiustati per diversi fattori tra cui età, sesso, razza, stato del diabete, stato della menopausa, indice di massa corporea e livelli di vitamina D.
Durante i due decenni di follow-up, sono state registrate un totale di 3.556 nuove fratture (167.1 fratture per 10.000 anni-persona). Il tasso di fratture incidenti per 10.000 anni-persona è stato:

- 192.7 per quelli con ipertiroidismo subclinico
- 180.8 per quelli con ipotiroidismo subclinico
- 165.8 per quelli con eutiroidismo

Le sedi di frattura più comuni erano l'anca (14.1%) e la colonna vertebrale (13.8%). Anche i ricoveri per frattura erano molto più comuni tra quelli con livelli di tireotropina inferiori a 0,56 mIU/L. I soggetti che abbiano livelli di tireotropina leggermente soppressi (da 0.1 mIU/L a <0.56 mIU/L) possono trarre vantaggio dall'essere identificati come gruppo ad alto rischio attraverso screening più aggressivi, hanno suggerito i ricercatori. Lo studio supporta anche la raccomandazione di trattare tutti i pazienti di età pari o superiore a 65 anni con ipertiroidismo subclinico quando il livello di tireotropina è persistentemente inferiore a 0.1 mIU/L per la prevenzione della malattia minerale ossea, scrivono i ricercatori. Aggiungendo la potenziale necessità di un monitoraggio più attento di quelli con un livello di tireotropina compreso tra 0.1 e 0.56 mIU/L per prevenire il riassorbimento osseo.
I dati relativi a questi 10.946 adulti (di età compresa tra 45 e 64 anni) sono stati estratti dallo studio in corso sul rischio di aterosclerosi nelle comunità. L'ipertiroidismo subclinico è stato definito come un livello di tireotropina inferiore a 0.56 mIU/L, l'ipotiroidismo subclinico come un livello di tireotropina superiore a 5.1 mIU/L e l'eutiroidismo come un livello di tireotropina compreso tra 0.56 e 5.1 mIU/L. Tutti i partecipanti avevano normali livelli di tiroxina libera, compresi tra 0.85 e 1.4 ng/dL. Dallo studio sono stati esclusi quei soggetti che assumevano qualsiasi tipo di farmaco per la tiroide alla seconda visita di follow-up.
Gli adulti con ipertiroidismo subclinico avevano maggiori probabilità di essere neri, di avere ipertensione arteriosa o diabete e di essere fumatori abituali. Mentre i soggetti con ipotiroidismo subclinico avevano maggiori probabilità di essere di sesso femminile e di età più avanzata.
"Sono necessari studi clinici per chiarire i meccanismi attraverso i quali la disfunzione tiroidea subclinica può essere associata a fratture e altri esiti clinici", hanno osservato i ricercatori.

• *Daya NR, et al . Association between subclinical thyroid dysfunction and fracture risk". JAMA Netw Open 2022; DOI:10.1001/jamanetworkopen.2022.40823.*

GASTROENTEROLOGIA

Le malattie infiammatorie croniche intestinali al femminile

Se ne è parlato nel Convegno "L'universo femminile nelle IBD" di Padova, con il patrocinio di Università degli Studi di Padova e AMICI Onlus, e con il contributo non condizionato di Janssen Immunology. "Si tratta di malattie che, essendo una condizione cronica, possono influire su diversi aspetti della vita riproduttiva della donna, che vanno dalla fertilità, alla gravidanza, al post gravidanza" dichiara la Dr.ssa **Fabiana Zingone**, Ricercatore di Gastroenterologia U.O.C. Gastroenterologia Azienda Ospedale Università di Padova.

Un timore importante che hanno le pazienti è legato alla terapia farmacologica e all'effetto dei farmaci usati per l'IBD sulla gravidanza. "Un messaggio quello sulla sicurezza dei farmaci che invece è importante trasmettere - aggiunge Zingone - perché è spesso una delle maggiori preoccupazioni delle pazienti, sia nella fase di concepimento, che durante la gravidanza, che nel post gravidanza. Il timore principale è quello di poter danneggiare il feto con l'assunzione dei farmaci. In realtà la maggior parte dei farmaci che vengono utilizzati sono assolutamente sicuri in gravidanza e anche durante l'allattamento". "Mi riferisco - sottolinea Fabiana Castiglione, Professore Associato di Gastroenterologia, Direttore UOSD Terapie avanzate delle malattie infiammatorie croniche intestinali - Università degli Studi di Napoli Federico II - alla mesalazina, al cortisone (a dosaggio ovviamente adeguato e non per periodi lunghi), a molti farmaci biologici. Si tratta di farmaci sicuri in particolare nei primi sei mesi di gravidanza. Poi, poiché gli anticorpi monoclonali attraversano la placenta nel terzo trimestre di gravidanza, si preferisce, solo in quella fase, interrompere la terapia per riprenderla nel post-parto. Per questi motivi, è fondamentale trasmettere un messaggio alle pazienti donne: è molto più importante programmare una gravidanza quando la malattia è in remissione e controllata dalla terapia farmacologica, piuttosto che affrontare una gravidanza con la malattia attiva senza assumere i farmaci. Non è pericolosa la terapia, ma è pericoloso, per il feto e per la donna, affrontare la malattia quando c'è infiammazione attiva o severa".

La gestione della terapia farmacologica e della patologia è una chiave fondamentale rispetto a varie fasi e aspetti della vita della donna. Ciò vale come detto per la gravidanza, ma anche per la condizione di fertilità, rispetto alla quale, sottolinea la Dr.ssa Zingone, "gli studi ci dicono che c'è effettivamente una riduzione, che è però soprattutto correlata alle fasi di attività della malattia. E anche qui il messaggio è che se la malattia è ben controllata, questo può avere un effetto favorevole, anche rispetto alla fertilità". E questa gestione corretta sul piano farmacologico è utile anche quando l'età avanza e sopraggiungono la menopausa e l'invecchiamento. "Alcuni farmaci, come il cortisone, sono estremamente attivi - spiega la Prof.ssa Castiglione - Il cortisone però va utilizzato solo nelle fasi acute, e solo, in genere, in una prima fase di malattia, per lasciare il posto poi, in fasi successive di riacutizzazione, a farmaci che non hanno gli effetti collaterali del cortisone nel lungo termine. Questo è molto importante perché per esempio l'osteoporosi può essere accentuata da una terapia steroidea prolungata. E proprio per questo è importante gestire la malattia in modo corretto dal punto di vista farmacologico. I farmaci biologici ci aiutano ad evitare la dipendenza dal cortisone, non prolungando così terapie che condizionano situazioni in cui già a livello fisiologico c'è un aumentato rischio di osteoporosi per la donna".

Infine, una diagnosi precoce è uno strumento fondamentale. È molto importante che i Medici di medicina generale e anche gli specialisti colgano i sintomi d'allarme, che in particolare nella malattia di Crohn possono essere subdoli e confusi con altre condizioni non patologiche funzionali, perché una diagnosi precoce consente di poter intervenire quando il paziente può essere sottoposto a terapia farmacologica e non chirurgica, come avviene invece quando la malattia è già in una fase complicata".

TERAPIA

SiRna: nuovo fronte nella lotta all'ipercolesterolemia

Nicola Miglino

Si è parlato di farmaco rivoluzionario e, in effetti, per molti versi lo è. Parliamo di **inclisiran**, la prima terapia a base di *small-interfering Rna* (siRna) per la riduzione del colesterolo Ldl, destinata a definire un nuovo approccio alla gestione dei pazienti con ipercolesterolemia. Si tratta di un piccolo Rna a doppio filamento con un'elevata affinità per il fegato, dove inibisce direttamente il gene che codifica per l'enzima Pcsk9, aumentando la capacità del fegato stesso di assorbire il c-Ldl, riducendone i livelli nel sangue.

"Questa molecola è capostipite di una nuova classe di farmaci altamente innovativi che mirano direttamente alla radice della malattia aterosclerotica piuttosto che ai suoi sintomi, grazie a un meccanismo d'azione che permette di ridurre i livelli di colesterolo Ldl non solo in maniera efficace, ma anche sostenuta nel tempo", sottolinea **Pasquale Perrone Filardi**, presidente eletto della Società italiana di cardiologia". "Un passo in avanti importante per raggiungere, in un numero sempre più ampio di pazienti, il goal terapeutico raccomandato dalle nuove linee guida dell'*European atherosclerosis society*".

Il farmaco viene somministrato con due iniezioni all'anno, per via sottocutanea. Dopo la prima iniezione, la dose successiva viene somministrata a distanza di tre mesi e, in seguito, ogni sei. Prescrivibile dallo specialista, la sua somministrazione viene effettuata da un operatore sanitario. «Si tratta di un'innovazione terapeutica che riteniamo abbia il potenziale per superare le attuali sfide all'aderenza e persistenza alla terapia, in quanto il nuovo farmaco comporta anche un vantaggio in termini di posologia rispetto ai farmaci già disponibili, grazie alla somministrazione sottocutanea su base semestrale» dichiara **Furio Colivicchi**, presidente dell'Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri. "Nel corso del programma di sviluppo clinico è emersa la sua capacità, quando utilizzato da solo, di ridurre di circa il 50% il c-Ldl".

L'efficacia di inclisiran sulla riduzione della morbilità e mortalità cardiovascolare è in corso di valutazione in due trial clinici che coinvolgeranno più di 30 mila pazienti in tutto il mondo. "Sappiamo già, però, che tutti gli interventi, farmacologici e non, che abbassano il colesterolo migliorano la **prognosi clinica**. Quindi, ragionevolmente, ci aspettiamo che quello che noi chiamiamo endpoint surrogato, ovvero la riduzione del colesterolo, possa determinare un miglioramento della prognosi dei nostri pazienti: non c'è nessun farmaco che abbia abbassato il colesterolo che non abbia poi prodotto un effetto favorevole in termini di beneficio clinico. Ragionevolmente dovrebbe essere così anche in questo caso, tanto che gli stessi enti regolatori internazionali e nazionali ne hanno autorizzato l'immissione in commercio".

In Italia, inclisiran è **rimborsabile dal Ssn** per il trattamento di adulti con ipercolesterolemia primaria (eterozigote familiare e non familiare) o dislipidemia mista (condizioni caratterizzate da alti livelli di grassi nel sangue, incluso il colesterolo). Il farmaco è indicato, in aggiunta alla dieta, in associazione a una statina o in associazione a una statina e altre terapie ipolipemizzanti orali in pazienti non in grado di raggiungere gli obiettivi di c-Ldl con la dose massima tollerata di una statina, oppure in monoterapia o in associazione ad altre terapie ipolipemizzanti in pazienti intolleranti alle statine o per i quali una statina è controindicata. Sotto il profilo della sicurezza, gli studi condotti sino a oggi hanno escluso, considerata la lunga durata d'azione del farmaco, danni immunologici, ematologici e della funzionalità epatica. Rimane una possibile reazione locale nel sito di somministrazione del farmaco.

■ UROLOGIA

Migliorare il percorso di cura del tumore della vescica

■ Livia Tonti

Quello della vescica è il quarto tumore per incidenza dopo i 50 anni. In Italia nel 2021 questa neoplasia è stata diagnosticata in 25.500 persone e ha causato oltre 6.000 decessi.

"Una delle cose importanti da capire - spiega il dott. **Sergio Bracarda**, Direttore Dipartimento di Oncologia e SC Oncologia Medica e Traslazionale dell'AO S. Maria di Terni, nonché Presidente SIUrO, Società Italiana di Uro-Oncologia- è che la maggior parte di questi tumori sono superficiali, cioè non invadono la parete muscolare della vescica, e possono rimanere, per una parte maggioritaria di casi, come tali, venendo gestiti in maniera non demolitiva dal punto di vista chirurgico".

Tra gli argomenti di rilievo più attuali è la possibilità di fare una diagnosi precoce. "Il segno più caratteristico di comparsa di tumore uroteliale - continua Bracarda - è la presenza di sangue nelle urine, generalmente macrosopica, che però, nella maggior parte dei casi, soprattutto nella donna, è espressione di un'infezione". Quindi il campanello d'allarme non è il sanguinamento in sè, ma il suo mantenimento o una sua ripetizione troppo frequente e non giustificata. Secondo l'esperto, per il tumore vescicale sono le forme più superficiali che sanguinano più frequentemente. E aggiunge: "Le forme che sanguinano più di frequente sono quelle di basso grado; quelle di alto grado, più pericolose e più invasive, possono avere una minore probabilità di sanguinamento, perché sono solide e crescono verso l'interno e possono sfuggire anche a un'ecografia, mentre la citologia urinaria generalmentre riesce ad inquadrarli. Quindi l'accertamento completo dovrebbe essere in prima battuta l'ecografia e la citologia urinaria. Se poi il problema persiste, senza andare troppo per le lunghe causando ritardo diagnostico, potrebbe essere utile una cistoscopia, esame endoscopico, con eventuali prelievi". La terapia si può ora avvalere della chirurgia e della chemioterapia, ma sono in arrivo nuovi farmaci sempre più efficaci e tollerabili.

▸ Un progetto ad hoc

Con l'obiettivo di analizzare l'attuale modello di cura, identificarne le criticità e disegnare un percorso più efficace e appropriato, nasce il progetto U-Change, grazie ad un contributo non condizionante di Astellas Pharma. Presentato al V Congresso dell'Associazione PaLiNUro, svoltosi a Milano, vi hanno partecipato 21 esperti tra clinici (medici, società scientifiche, specialisti di settore in ambito oncologico ed urologico), pazienti (associazioni dei pazienti, caregivers, infermieri, giornalisti) e istituzioni (farmacisti ospedalieri, direttori di ASL e di strutture ospedaliere, economisti della sanità nazionale, regionale e locale).

Nell'ambito del progetto è stato dato vita ad una Consensus multidimensionale, con l'obiettivo, per la prima volta, di mettere sullo stesso piano i diversi attori che intercettano il paziente colpito da Ca avanzato della vescica nelle varie tappe del suo viaggio.

Sempre nell'ambito del Congresso, sono anche stati presentati i risultati di una survey, a cui hanno risposto online 1.000 partecipanti. I risultati hanno mostrato che l'88.6% sa che questo tumore colpisce la vescica. C'è una buona consapevolezza dei primi segnali d'allarme: l'80% indica il sangue nelle urine, il 35% bruciore e dolore durante la minzione, il 26% minzione frequente, ma il 61% dichiara di non essersi mai recato dal medico per uno di questi sintomi e chi ci è andato nel 17% dei casi ha ricevuto la prescrizione di un antibiotico generico (17%), di analisi del sangue (13%) o di bere due litri di acqua al giorno (12%). Il 52% sa che il fumo di sigaretta è il fattore di rischio più importante. Questo infatti è da solo responsabile del 50% circa dei tumori della vescica, ma ci sono anche altri fattori di rischio, come quello professionale (per es. esposizione a coloranti), e la dieta in cui sembra chiamato in causa l'alcol. Tra i cancerogeni ambientali vanno ricordate la presenza di arsenico nell'acqua potabile, le amine aromatiche e i pesticidi agricoli.

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

Medicina interna: attualità e prospettive, tra "deprescribing" e innovazione

Al 123° Congresso SIMI, argomento centrale è stato l'ottimizzazione della politerapia e della prescrizione di esami, il cosiddetto "deprescribing", da gestire in coordinamento con il Mmg, ma non si è tralasciato di trattare di clinica medica, nuove terapie e ricerca traslazionale

Dal 21 al 23 ottobre si è tenuto a Roma il 123° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna SIMI. I temi sviluppati hanno riguardato la clinica medica, ma anche argomenti di ricerca traslazionale e momenti di formazione e di discussione di politica sanitaria, con un occhio al presente e uno al futuro.
Tra le tematiche che hanno destato maggiore interesse, il cosiddetto "deprescribing", la gestione dell'obesità e le terapie cellulari, senza dimenticare un focus sul REPOSI, registro su reclutamento, monitoraggio e studio dei pazienti anziani ospedalizzati.

L'era del deprescribing

"Deprescribing", è il termine inglese che indica la possibilità, se non la necessità, quando appropriato, di sospendere alcuni farmaci all'interno di una politerapia, invitando quindi a una riflessione critica sul fenomeno dell'eccesso di prescrizione di terapie farmacologiche.
La prescrizione multipla di farmaci talvolta infatti mitiga o annulla i benefici ed aumenta le complicanze e la mortalità. Nei pazienti anziani il delirium, le cadute, l'ipotensione, l'emorragia ed altre condizioni, riconoscono come causa proprio la politerapia. Secondo gli esperti della SIMI, è necessario pensare a linee di indirizzo per guidare i medici non solo alla prescrizione di un farmaco ma anche alla sua 'de-prescrizione', cioè a quando e come è opportuno sospenderlo.
Ma quale medico si deve occupare del deprescribing? Risponde **Giorgio Sesti**, presidente della Società Italiana di Medicina Interna (SIMI): "Ci sono due livelli: il primo livello è il Mmg, proprio perché è a contatto più frequentemente col paziente, ne conosce la storia clinica può rendersi conto che in alcuni casi c'è un eccesso di terapie e che alcune terapie possono essere tranquillamente modificate. Il secondo livello è lo Specialista in Medicina Interna, perché è una sorta di direttore d'orchestra e riesce a coordinare tutte le terapie perché conosce tutte le patologie e quindi, in stretto collegamento con il Mmg, può rappresentare lo Specialista di riferimento per attuare la strategia terapeutica di alleanza tra medico e persona con malattia, che è la vera strategia vincente in tutti i casi di polipatologia".
La SIMI ha lanciato nel 2016 la sua campagna *ChoosingWisely*, sulla scorta di quanto stava accadendo negli Stati Uniti, in Canada e in moltissimi paesi europei. Il razionale di questo nuovo approccio culturale è di sensibilizzare medici e pazienti a ridurre esami e trattamenti che hanno dimostrato una scarsa utilità e quindi aumentare la sicurezza dei pazienti da una parte, riducendo gli sprechi dall'altra.

Obesità: una nuova malattia internistica

L'obesità e le malattie correlate (in particolare il diabete di tipo 2) sono ormai estremamente diffuse nella popolazione generale, con il loro carico di risvolti umani, clinici e socio-economici. La ricerca di soluzioni terapeutiche adatte è quindi quanto mai urgente. I primi importanti risultati concreti di questo sforzo di ricerca planetario si stanno cominciando a vedere, con le terapie già approdate alla pratica clinica e quelle di prossimo arrivo. Nell'ambito del Congresso è stato dedicato a questo argomento una sessione dal titolo 'Obesità: una 'nuova malattia internistica'.
Le strategie terapeutiche basate sul cambiamento di stile vita sono state negli ultimi anni affiancate da farmaci efficaci e sicuri basati sugli agonisti del recettore del GLP-1, i quali si stanno arricchendo di nuovi poli-agonisti, che utilizzano due o tre molecole ormonali. Lo sviluppo

di questi nuovi farmaci per la cura dell'obesità apre nuovi scenari non solo per il trattamento del sovrappeso, ma anche per i possibili benefici in termini di prevenzione cardiovascolare.
Attualmente sono a disposizione farmaci già molto validi come la liraglutide a somministrazione quotidiana, che ha però un'efficacia limitata sul calo ponderale (la perdita attesa è inferiore al 10% del basale). A breve è atteso l'arrivo della semaglutide 2.4 mg, un GLP-1 agonista a somministrazione iniettiva settimanale, che sembra consentire di perdere oltre il 15% del peso corporeo. Sono inoltre in corso trial clinici sull'associazione semaglutide-cagrilintide (un analogo a lunga emivita dell'amilina) che consentirebbe di superare anche la soglia 20% di perdita di peso iniziale. In fase di sperimentazione anche tirzepatide (un doppio analogo GLP-1/GIP o dual agonist) a somministrazione settimanale che sembra poter ottenere un calo ponderale ancora maggiore, e i poli-agonisti e i tripli-agonisti (attivi sui recettori di GLP-1, GIP e glucagone).
In pipeline inoltre è in sviluppo per l'obesità la semaglutide orale, attualmente disponibile per i soggetti con diabete.
Un filone di ricerca sta prendendo in esame anche l'associazione tra struttura e funzioni del cervello delle persone con obesità e l'influenza della genetica, e un certo interesse sta suscitando lo studio del microbiota intestinale.

I farmaci "viventi"

Tra i temi del Congresso è stato inserito anche un argomento di ricerca di frontiera ovvero quello delle terapie cellulari nel campo delle patologie cardio-metaboliche. Si tratta di studi sperimentali che non hanno attualmente un'applicazione clinica ma che potrebbero diventare una terapia del prossimo futuro.
Per il trattamento del diabete di tipo 1 questo campo è in rapida evoluzione e la speranza di poter disporre a breve di fonti illimitate di cellule produttrici di insulina, alternative a quelle dei donatori, utilizzate da tempo per i trapianti, sembra non essere così peregrina.
Oltre alle cellule beta da donatore, oggi si dispone di diverse fonti alternative. Le tre grandi categorie sono: cellule staminali pluripotenti, cellule provenienti da maiali transgeniche e la cosiddetta 'complementazione della blastocisti', in pratica la creazione di un animale 'chimera' nel quale viene fatto sviluppare un organo umano, da utilizzare in seguito per il trapianto, che però al momento si tratta di una tecnica molto inefficiente e che pone grandi problemi etici.

REPOSI, un registro sulle politerapie

Il Centro di Ricerca Indipendente della Società Italiana di Medicina Interna (CRIS) ha, come mission statutaria, l'organizzazione di indagini epidemiologiche, survey, studi osservazionali o di intervento nell'ambito della medicina interna.
"Il progetto più longevo del CRIS è il REPOSI (Registro Politerapie della Società Italiana di Medicina Interna), avviato nel 2008 nell'ambito di una collaborazione tra la Società Italiana di Medicina Interna, l'Istituto di Ricerche Farmacologico Mario Negri IRCCS e la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. Gli obiettivi principali del REPOSI sono il reclutamento, il monitoraggio e lo studio dei pazienti anziani ospedalizzati. Il REPOSI ha permesso la raccolta dati di quasi 9

mila pazienti ricoverati in oltre 100 reparti internistici e geriatrici, con un'età media di 80 anni, affetti in oltre la metà dei casi da 5 o più patologie croniche e che nel 65% dei casi assumono 5 o più farmaci. I principali risultati sono stati pubblicati in oltre 70 lavori scientifici in riviste internazionali peer-reviewed, che hanno contribuito a fornire indicazioni per valutare e migliorare l'appropriatezza prescrittiva e ottenere indicazioni real-life sull'impatto della poli-farmacoterapia in diversi ambiti clinici (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, fibrillazione atriale, malattie infettive, solo per citarne alcuni). I dati raccolti sono stati inoltre utilizzati dall'AIFA per la preparazione del Rapporto su 'L'uso dei farmaci nella popolazione anziana'.

L.T.

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

Il prediabete deve essere considerato un fattore di rischio importante

L'alterata glicemia a digiuno e la ridotta tolleranza glucidica sono fattori di rischio per lo sviluppo di diabete mellito, associati anche allo sviluppo di complicanze sia micro che macrovascolari. Motivo per cui è importante un'azione incisiva al fine di prevenire mortalità e morbilità associate a eventi CV maggiori

Amedeo Soldi
Medical Director SPA - Società Prodotti Antibiotici

L'evoluzione della malattia diabetica prevede una fase, definita prediabete, caratterizzata da valori di glucosio al di sopra della norma, ma al di sotto della soglia che contraddistingue i valori di diabete conclamato[1]. Questa fase, spesso asintomatica, merita l'attenzione del medico, innanzitutto per prevenire il diabete. Infatti, recentemente, *Dekamin et al* hanno evidenziato che i soggetti con prediabete hanno il 24% di probabilità di sviluppare diabete mellito di tipo 2[2].
L'alterata glicemia a digiuno (IFG) e la ridotta tolleranza glucidica (IGT) sono due condizioni, che vanno considerate non solo come fattori di rischio per lo sviluppo di diabete mellito, ma anche come fattori associati allo sviluppo di complicanze sia micro che macrovascolari[1,3].
Il prediabete deve essere considerato, quindi, un fattore di rischio importante al fine di prevenire mortalità e morbilità associate a eventi cardiovascolari maggiori[9].

Dimensione del problema

In Italia, secondo le stime dell'International Diabetes Federation (IDF), la prevalenza di IGT è pari all'8,4%, con numeri superiori fra le donne (1.549.000) rispetto agli uomini (1.105.000), mentre la prevalenza di IFG è pari al 2,8% (*tabella 1*)[6,7].

TABELLA 1

Prediabete in Italia: dimensione del problema[6,7]

La prevalenza di IGT è pari all'8.4%, con numeri superiori nelle donne (1.549.000) rispetto agli uomini (1.105.00)[6]
La prevalenza di IFG è pari al 2.8%[6]
Il tasso di conversione a diabete in 10 anni è del 7.6%[7]
Soggetti con IFG presentano un rischio >11 volte di sviluppare diabete di tipo 2[7]
Soggetti con IGT presentano un rischio >3.9 volte di sviluppare diabete di tipo 2[7]
Soggetti con la combinazione IFG/IGT presentano un rischio >20.5 volte di sviluppare diabete di tipo 2[7]

Adattata da dati testuali in Rif. 6,7

Diagnosticare il prediabete Le linee guida ADA 2022

La diagnosi di prediabete può essere stabilita sulla base di una o più delle seguenti condizioni[8]:

- valori di glicemia a digiuno compresi tra 100 e 125 mg/dl (IFG);
- valori di glicemia compresi tra 140 e 199 mg/dl (IGT) due ore dopo una curva da carico orale (75 g di glucosio [OGTT] con determinazione della glicemia al tempo 0 [basale] e a 120 minuti);
- un livello di emoglobina glicata (HbA1c) compreso tra 5,7%-6,4%.

Le raccomandazioni dell'American Diabetes Association (ADA) sottolineano l'importanza di uno screening per il prediabete e il diabete di tipo 2[8].
Lo screening per la diagnosi di diabete e prediabete è consigliato in tutti i soggetti adulti, in sovrappeso e portatori di uno o più fattori di rischio, anche se privi di sintomi come riportato nella *tabella 2*[8].

TABELLA 2

Prediabete e diabete di tipo 2: criteri di screening in soggetti adulti anche se asintomatici[8]

Adulti in sovrappeso o obesi con ≥1 fattori di rischio, tra cui:
• Familiarità di primo grado per il diabete
• Malattia cardiovascolare pregressa o in corso
• Ipertensione
• Ipercolesterolemia e/o ipertrigliceridemia
• Sindrome dell'ovaio policistico
• Altre condizioni cliniche associate a insulino-resistenza

Adattata da Tab. 2.3 in Rif. 8

La prevenzione

All'interno di questa fascia di popolazione, vi è un'ampia casistica di pazienti a rischio intermedio di sviluppare una malattia cardiovascolare, perché moderatamente ipercolesterolemici, ipertesi, iperglicemici e in sovrappeso; o perché la somministrazione di farmaci antidiabetici ha un rapporto rischio/beneficio ancora da determinare con precisione (es. adolescenti).

Il primo intervento da proporre al paziente è un corretto stile di vita: dieta sana ed adeguata attività fisica. Se non sufficiente, si può ricorrere all'uso di nutraceutici[10] che facilitino la normalizzazione di questi parametri in monoterapia o in associazione.

GLICOSET® rappresenta una valida opzione di scelta in soggetti con prediabete. GLICOSET® è costituito da una combinazione di *Ilex paraguariensis, Morus alba e cromo picolinato*.

Derosa et al hanno condotto uno studio in doppio cieco, controllato con placebo, della durata di 3 mesi, in cui l'associazione di *Ilex paraguariensis, Morus alba e cromo picolinato* (GLICOSET®) è stata testata su soggetti adulti, con IFG o IGT, naive alle terapie ipoglicemizzanti. Il gruppo trattato con GLICOSET® (72 pazienti) rispetto al gruppo placebo (76 pazienti) ha dimostrato una riduzione significativa della glicemia a digiuno, della glicemia postprandiale, dell'HbA1c, del colesterolo totale, colesterolo LDL, trigliceridi, proteina C reattiva rispetto al basale, dell'indice HOMA e un miglioramento della sensibilità insulinica[10].

In collaborazione con

Società Prodotti Antibiotici
www.spafarma.com

BIBLIOGRAFIA

1. Tabák AG, Herder C, Rathmann W et al. Prediabetes: a high-risk state for diabetes development. Lancet. 2012 Jun 16;379(9833):2279-90.
2. Dekamin A, Wahab MIM, Keshavjee K, Guergachi A. High cardiovascular disease risk-associated with the incidence of Type 2 diabetes among prediabetics. Eur J Intern Med. Available online 22 September 2022. In Press.
3. Brannick B, Wynn A, Dagogo-Jack S. Prediabetes as a toxic environment for the initiation of microvascular and macrovascular complications. Exp Biol Med (Maywood). 2016 Jun;241(12):1323-31.
4. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM et al; ESC National Cardiac Societies; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice Eur Heart J. 2021 Sep 7;42(34):3227-337.
5. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th Edition. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2021. www.diabetesatlas.org
6. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th Edition, 2021. Italy - Diabetes report 2000-2045. https://www.diabetesatlas.org/data/en/country/99/it.html
7. Società Italiana di Diabetologia. Il diabete in Italia. A cura di Bonora E, Sesti G. Bologna: Bononia University Press, 2016.
8. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: *Standards of Medical Care in Diabetes* - 2022. Diabetes Care 2022;45(Suppl. 1):S17-S38.
9. Michel A, Mando R, Waheed MA-A et al. Prediabetes associated with an increase in major adverse cardiovascular events. JACC. 2021;77(18):14.
10. Derosa G, D'Angelo A, Maffioli P. Metabolic actions of a supplement of Ilex Paraguariensis (an extract of the leaf standardized to 2% I-Deoxinojirimcina), White Mulberry and Chromium Picolinate in nondiabetic subjects with dysglycemia: a randomized trial. Life (Basel) 2021 Jul 18; 11(7):709.

Infezione da Hbv/Hdv

Al via progetto di collaborazione Mmg-specialisti per diagnosi e presa in cura

Partirà a gennaio 2023, durerà un anno e sarà coordinato dall'Istituto superiore di sanità. Obiettivo: contribuire a far emergere il sommerso ed evitare interventi tardivi

Nicola Miglino

Ottimizzare la rete tra medico di Medicina generale e centri specialistici al fine di sensibilizzare i professionisti e fornire loro strumenti per incrementare la diagnosi e l'awareness del paziente con infezione da Hbv/Hdv. Questo il titolo e, in sostanza, l'obiettivo di un progetto coordinato dall'Istituto superiore di sanità e premiato di recente nell'ambito del Bando di concorso fellowship program 2022 di Gilead. L'iniziativa, della durata di un anno, prenderà il via a gennaio 2023 e vedrà coinvolti Mmg insieme a centri di gastroenterologia, malattie infettive e medicina interna.
A parlarcene, **Loreta Kondili**, specialista in gastroenterologia ed endoscopia digestiva, ricercatrice clinica presso il Centro nazionale per la salute globale dell'Istituto superiore di sanità e coordinatrice del progetto.

***Loreta Kondili**, specialista in gastroenterologia ed endoscopia digestiva, ricercatrice clinica presso il Centro nazionale per la salute globale dell'Istituto superiore di sanità*

D.ssa Kondili, ci inquadra, intanto, sotto il profilo nosologico ed epidemiologico, l'infezione da Hbv/Hdv?

Epatite Delta soprassiede a un'infezione da virus dell'epatite B. Per questa peculiarità, ossia la necessità della particella HBsAg del virus dell'epatite B di replicarsi, le persone con un'infezione da epatite B o coloro non vaccinati per epatite B sono suscettibili all'infezione da epatite Delta. Il profilo epidemiologico dell'infezione cronica da epatite da virus B in Italia ha subito un rapido e importante cambiamento. I pazienti italiani con infezione da epatite B e Delta hanno un'età avanzata in conseguenza dell'invecchiamento della coorte storica dei pazienti italiani infetti prima degli anni 1991. **La copertura vaccinale** anti-epatite B dal 1991 ha reso la popolazione Italiana tra 0 e oltre i 40 anni protetta da questa, mentre la quota di pazienti infetti da epatite Delta è in costante crescita tra i giovani immigrati.

Quali le opportunità terapeutiche e di profilassi oggi disponibili?

La vaccinazione anti-epatite B è un'arma molto potente per la profilassi sia per l'epatite B che per epatite Delta. Per i pazienti infetti, invece, diversamente dal passato dove le opzioni terapeutiche efficaci erano carenti, oggi assistiamo ad **approcci terapeutici promettenti** con molecole antivirali efficaci, di cui qualcuno in fase avanzata di trial clinici. Con l'arrivo di molecole antivirali, nasce l'esigenza di una definizione del percorso diagnostico e terapeutico che parte dalla formazione delle figure sanitarie del territorio, fornendo loro strumenti pratici e strutturati da utilizzare per la popolazione target e, contestualmente, anche una rete diagnostico-clinica-specialistica pronta e attrezzata.

Quali sono le attuali problematiche nella gestione territoriale di quest'ambito clinico?

La diagnosi si fa spesso in fasi avanzate del danno del fegato, soprattutto perché manca una sensibilizzazione adeguata dei medici delle cure primarie e non solo. Spesso, anche in centri epatologici o di malattie infettive non è disponibile la possibilità di effettuare la diagnosi di un'infezione in atto da **epatite Delta che spesso rimane non testata** nei pazienti infetti da epatite B oppure testati solo con i test anticorpali di primo livello che non hanno l'accuratezza per la diagnosi di un'infezione in atto.

Avete dato vita a un progetto finalizzato a migliorare la collaborazione tra Mmg e specialisti. Di che si tratta?

Il progetto si propone di definire un percorso diagnostico terapeutico per i pazienti con infezione Hbv/Hdv, da sviluppare attraverso la **creazione di un network** tra i centri specialistici di gastroenterologia, malattie infettive e medicina interna e i medici di medicina di territorio, cui sarà dedicato un apposito percorso formativo.

Quali sono gli obiettivi?

Lo scopo finale è delineare un modello di gestione dei pazienti che parta dall'informazione dei medici e dalla sensibilizzazione della popolazione target, per arrivare alla diagnosi e alla presa in cura dei pazienti infetti da epatite Delta. L'obiettivo è creare una **rete di professionisti sanitari che possa migliorare l'assistenza al cittadino**, l'efficienza del sistema sanitario territoriale e le competenze della medicina specialistica.

Come si articolerà?

Nel contesto della collaborazione in atto tra la **Società italiana di medicina generale** e delle cure primarie e la rete dei centri specialistici afferenti alla coorte **Piter**, che vede arruolati 12 mila pazienti con infezione cronica da Hcv e 4.500 con infezione da Hbv, di cui circa il 9% con Hdv, il progetto propone di mettere in comunicazione le due reti attraverso eventi formativi, nel corso dei quali sarà delineato un percorso diagnostico terapeutico per i pazienti con infezione Hbv/Hdv. Nello stesso percorso, verranno appositamente formati i Mmg nell'accrescere la sensibilizzazione dei pazienti. Saranno prodotti appositi toolkit pensati per aiutare i Mmg nell'approcciare gli assistiti con potenziale infezione da Hdv non diagnosticato e/o non curato.

Come potranno aderire i medici?

Il presente progetto propone l'implementazione e il collegamento delle diverse reti esistenti di operatori sanitari come vettore per il miglioramento della qualità e della equità sanitaria nell'ambito dell'infezione da epatite Delta. Il sistema di rete già disponibile in una **piattaforma dedicata** (www.progettopiter.it, ndr) rende possibile un collegamento interattivo di tutti i centri della rete, sia tra di loro che con il centro di coordinamento in Iss. Attraverso questo progetto, si propone di implementare la rete già esistente includendo i Mmg che aderiranno. Inoltre, sarà possibile scaricare dalla home page del sito Simg il toolkit contenente il materiale informativo che i Mmg potranno utilizzare per i propri assistiti. Il toolkit conterrà il file di brochure stampabile con informazioni sull'epatite Delta e un testo standard di una mail/Sms/whatsapp per invito alla conoscenza con link a pagina Simg dedicata ai pazienti.

Qual è la durata?

Un anno, a partire da Gennaio 2023.

Qual è la copertura geografica?

La copertura geografica della rete Piter è **nazionale** e include oltre 45 centri principali che curano i pazienti con malattie del fegato da virus epatitici distribuiti in tutto il territorio nazionale.

Quali sono, infine, gli output previsti?

La costruzione di una rete tra Mmg e centri di cura e centri diagnostici consentirà di creare un utile percorso che definisce il ***patient journey***, attualmente del tutto non organizzato per mancanza di strumenti di diagnosi e di terapia per l'epatite Delta, considerata una nicchia difficile da curare.

Indagine conoscitiva in un reparto di Medicina Generale: quali insegnamenti?

Un'indagine epidemiologica retrospettiva presso la UO di Medicina Generale dell'INI Divisione Grottaferrata (Roma) nel corso della pandemia di Covid, fornisce uno spaccato sulle criticità e sulle strategie applicate alla dimissione del paziente fragile e disabile, con una riflessione sul ruolo del Mmg

Stefano Riccardi - *UO Medicina Generale - INI Divisione Grottaferrata, Roma*

È stata condotta una indagine epidemiologica retrospettiva sui ricoveri effettuati dal 02.01.2022 al 31.05.2022 nella UO di Medicina Generale dell'INI Divisione Grottaferrata (Roma), Responsabile Dr M. Cicchinelli e C. I. Dr.ssa G. Palma, con lo scopo di analizzarne i seguenti macroparametri: prevalenza delle patologie responsabili del ricovero, congruità delle patologie descritte nella diagnosi di accettazione rispetto a quelle diagnosticate alla dimissione, scelta del setting di cure per il post-ricovero.

Dopo aver trattato le acuzie, gli Operatori Sanitari prendono in carico il paziente identificando il setting di cure più idoneo per il proseguimento del processo curativo: ciò può determinanare uno stallo e una collocazione inappropriata nel letto di degenza di pazienti per i quali non si trova in tempi ragionevoli il setting di cure più appropriato, considerando anche l'enorme sforzo del Servizio Sanitario durante l'emergenza Covid e la carenza di posti letto.

I pazienti ricoverati, per la loro età, per la mancanza di caregiver, per la complessità delle condizioni cliniche che rappresentano sempre più spesso un precario equilibrio facilmente scompensabile, per un concetto di benessere mediato dalla medicina legale, non trovano rapidamente una soluzione gestionale al momento della dimissione.

Altro aspetto del ricovero ospedaliero, all'origine di numerosi conflitti fra i familiari e gli operatori sanitari, è rappresentato dalla mancata accettazione dell'evento "fine vita", soprattutto per i pazienti anziani con insufficienza multi-organo che fino ad alcuni mesi prima venivano considerati autosufficienti per le normali attività quotidiane della vita. Il decadimento cognitivo, nonché l'acuzie che ha determinato il ricovero, non sembrano sufficienti a spiegare il peggioramento delle condizioni cliniche e/o la morte del paziente.

Appare di notevole ausilio la figura dell'Assistente sociale, che coordina e gestisce le dinamiche socio-assistenziali all'interno del Reparto, concorda con l'equipe medica il setting di cure ritenuto più appropriato (domicilio, Rsa, lungodegenza, hospice) e successivamente lo comunica ai familiari, cercando di rimuovere ogni possibile ostacolo al normale turn-over dei degenti nel Reparto per acuti.

Materiali e metodi

Sulla base di tali premesse è stata condotta un'indagine conoscitiva, epidemiologica, retrospettiva, sui ricoveri effettuati dal 02.01.22 al 31.05.22 presso la UO di Medicina Generale Casa di Cura INI Grottaferrata con lo scopo di evidenziare le patologie motivo del ricovero, di esaminarne la congruità con le patologie descritte nella diagnosi di dimissione ed infine di riassumere il setting di cure alla dimissione.

I dati di cui sopra sono stati estratti dall'elenco dei ricoveri e dimissioni effettuati nel medesimo periodo registrati nel Sistema di Dimissione Ospedaliera (SDO) utilizzato dalla Casa di Cura.

Risultati

Dal 02.01.2022 al 31.05.2022 nella UO di Medicina Generale sono stati ricoverati 439 pazienti, di cui 224 uomini (51%) e 215 donne (49%). L'età media dei pazienti ricoverati si attesta sui 75.6 anni (range 18 - 102); i pazienti con età compresa fra i 70 e i 102 anni sono stati 335, pari al 76.3% (*figura 1*).

Le malattie individuate nella diagnosi di dimissione sono state, in ordine decrescente:

1. insufficienza cardiaca: 75 casi, pari al 17%
2. polmonite: 37 casi, pari all'8.4%
3. insufficienza respiratoria: 35 casi, pari al 7.9%
4. ischemia cerebrale: 26 casi, pari al 5.9%
5. infezioni delle vie urinarie (IVU): 22 casi, pari al 5%
6. sincope: 15 casi, pari al 3.4%
7. tumori maligni: 13 casi, pari al 2.9%

8. polmonite Covid: 12 casi, pari al 2.7%
9. embolia polmonare: 11 casi, pari al 2.5%
10. epilessia e febbre: entrambe 9 casi, pari al 2%.

Seguono tutte le altre patologie individuate con percentuali inferiori.
Si precisa che le patologie affini, ma con codici diversi, sono state raggruppate nello stesso gruppo nosologico e che più patologie possono essere presenti nello stesso paziente.
La congruenza fra le diagnosi di accettazione e quelle di dimissione dal Reparto evidenzia il 77% di diagnosi congruenti ed il 23 % di quelle non congruenti. La percentuale maggiore di non congruità è stata rilevata nella diagnosi di insufficienza cardiaca e di insufficienza respiratoria, con 14 casi, rispettivamente pari al 18.6% e al 40%, non evidenziati nella diagnosi di accettazione; seguono le diagnosi di:

- tumori maligni (11 casi, pari al 84.6%)
- squilibrio elettrolitico (10 casi, pari al 38.4%)
- IVU (5 casi, pari al 22.7%)
- ischemia cerebrale (4 casi, pari al 15.3%)
- polmonite (3 casi, pari all' 8.1%).

Naturalmente più si riduce il numero di casi e meno importante diventa il dato percentuale.
Nella valutazione delle diagnosi di dimissione si evidenzia la neodiagnosi di 2 casi di cirrosi epatica, 1 caso di diabete mellito, 1 caso di embolia polmonare, 2 casi di fibrillazione atriale.
I giorni di ricovero in media sono stati 8.4. Suddividendo i pazienti in fasce di età è stato registrato un tempo di degenza di 5.9 giorni per i pazienti di età compresa fra i 18 e 48 anni; 7.5 giorni fra i 49 e i 69 anni; 9 giorni per i pazienti con età compresa fra i 70 e i 102 anni.
Le principali modalità di dimissioni, in ordine decrescente, sono state:

1. dimissione a domicilio: 309 (70.3%)
2. invio ad altra Struttura previa comunicazione disponibilità posto letto: 36 (9%)
3. dimissione volontaria: 33 (7.5%)
4. decessi: 31 (7.1%)
5. invio in reparto Covid: 18 (4.1%)
6. invio in Pronto Soccorso: 9 (2 %)

Di seguito l'esito del ricovero (335 pazienti) per la fascia di età 70 - 102 anni:

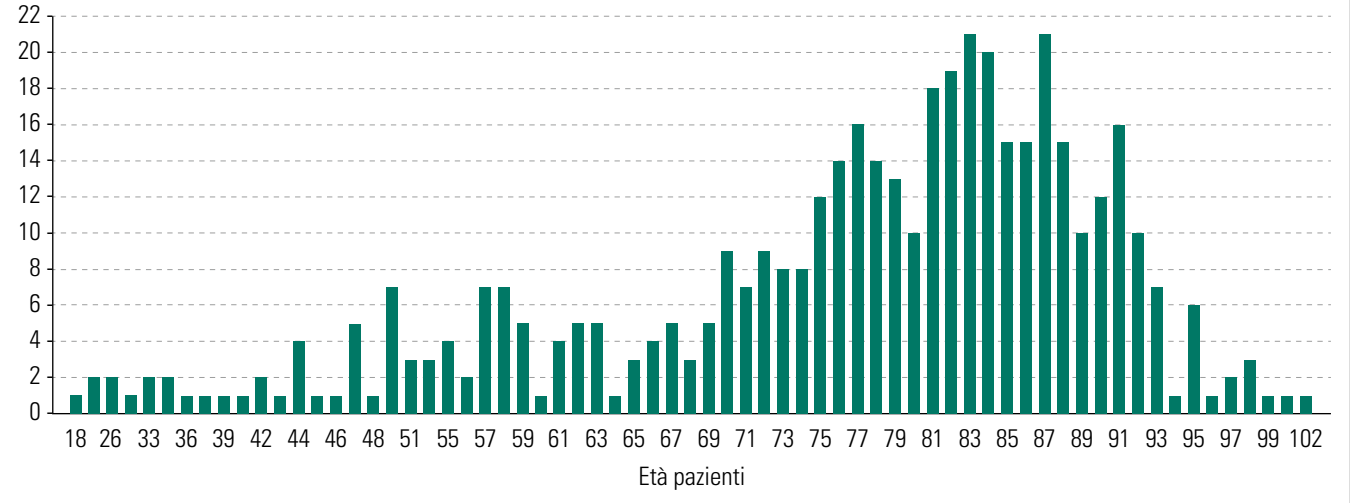
1. dimissione a domicilio: 224
2. invio ad altra Struttura previa comunicazione disponibilità posto letto: 35
3. decessi: 27
4. dimissione volontaria: 25
5. invio in reparto Covid: 16
6. invio in Pronto Soccorso: 8

Discussione

Occorre ricordare che la raccolta dei dati è avvenuta in un periodo storico unico, durante la seconda fase della pandemia Sars Cov-2 che ha stravolto la normale routine di Reparto.
L'età media dei pazienti ricoverati, 75.6 anni, e la fascia di età in cui si colloca il 76.3% dei pazienti, compresa fra i 70 e i 102 anni, hanno confermato che il Reparto di medicina per acuti è stato un Reparto di medicina per anziani, grandi vecchi e centenari.
Questo dato si riflette anche sui tempi di degenza: con l'aumentare dell'età si passa da 5.9 giorni nella fascia di età 18 - 48 anni, ai 9 giorni di degenza media per anziani, grandi vecchi e centenari, con innegabili ripercussioni sull'efficacia della terapia e dei tempi di recupero.
L'insufficienza cardiaca e l'insufficienza respiratoria sono complessivamente responsabili del 25% dei ricoveri. Il dato è comprensibile, perché ogni singola patologia in soggetti fragili può

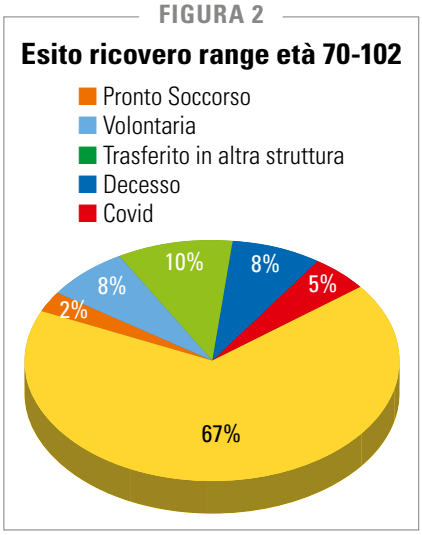
FIGURA 1

UO Medicina Generale IMI Grottaferrata: Età pazienti ricoverati dal 02.01.2022 al 31.05.2022



sfociare in uno scompenso d'organo e/o apparato, nella maggioranza dei casi cuore/polmoni.
Il 40% dei casi di insufficienza respiratoria non è stata evidenziata nella diagnosi di ammissione in Reparto, mentre il 38.4% riguarda la diagnosi di squilibrio idro-elettrolitico.
In modo coerente l'84.6% dei tumori non era presente nella diagnosi di ammissione.
La *figura 2* illustra l'esito del ricovero nella fascia di età 70 - 102 anni, in cui si è verificata la percentuale maggiore di decessi, sindrome Covid, invio in Pronto Soccorso e trasferimento in altra Struttura, confermando, qualora fosse ancora necessario, come l'età influenzi sfavorevolmente il decorso della degenza.
Il trasferimento in altra Struttura, coordinato dalla Assistente Sociale, ha aumentato i tempi di ricovero, poiché il trasferimento del paziente era subordinato alla comunicazione della Struttura stessa della disponibilità di posto letto.
Il ricovero del paziente anziano affetto da pluripatologie ed insufficienza multi-organo, fragilità e complessità nello stesso tempo, verrà seguito da una dimissione in cui il livello di integrità funzionale sarà inferiore a quello del periodo pre-ricovero. Siamo testimoni quotidianamente dell'insoddisfazione dei pazienti e soprattutto dei familiari, convinti che la "restitutio ad integrum" sia la norma e che il mancato successo sia dovuto alla malpratica. Al trattamento dell'acuzie dovrà necessariamente seguire un trattamento oltre la dimissione dovuto ai maggiori bisogni dell'anziano e soprattutto preparare i familiari alla necessità di proseguire l'assistenza oltre il periodo di ricovero.
L'ospedale, e i reparti di Medicina Generale in particolare, sono sempre più un luogo di cure per pazienti anziani, grandi vecchi, centenari, e il fenotipo dell'invecchiamento di ciascuno di essi sarà il risultato di numerosi fattori: malattie concordanti o co-occorrenti, malattie non concordanti, stile di vita, decadimento neuro-cognitivo, malnutrizione, storie personali, aspettative nei confronti della medicina. Quindi alla stessa età non corrisponderà lo stesso rischio di disabilità e morte.
Quando il paziente anziano viene ricoverato nel reparto di Medicina diviene un soggetto fragile, in cui la ridotta efficienza di compenso per l'acuzie che ha determinato il ricovero, si associa alla disabilità per la mancata autonomia che accompagna l'allettamento.
La diagnostica, la tecnologia all'avanguardia e la medicina specialistica sono ritenute equivalenti alla terapia, mentre dovrebbero esserne lo strumento. Comunicare la reale efficacia di ciò che si pensa sia utile o meno, la diagnosi e la terapia al paziente e ai familiari e soprattutto la sua utilità, possono essere condivisi con i compiti affidati all'Assistente Sociale. Naturalmente la reazione di opposizione, rifiuto o negazione della malattia saranno le situazioni in cui sarà più difficile la comunicazione del nostro obiettivo.
Accanto all'Assistente Sociale, il Mmg potrebbe essere in grado di filtrare la razionalità scientifica degli operatori sanitari ospedalieri con le comprensibili reazioni emotive del paziente e dei familiari.

FIGURA 2



Conclusioni

È chiaro che il trattamento di un soggetto fragile e disabile richiede una assistenza medica, infermieristica e socio-assistenziale di gran lunga superiore alla norma con forti ripercussioni sul piano organizzativo ed economico: sembra a tutt'oggi che il reparto di Medicina per acuti si sia trasformato in una lungodegenza per acuti dove, accanto alla terapia più efficace, è necessaria l'assistenza continua al paziente fragile e disabile. È possibile realizzare tutto ciò in una corsia ospedaliera per acuti? È fattibile realizzare una assistenza adeguata e dignitosa al soggetto fragile e disabile al proprio domicilio, individuando nella medicina territoriale la chiave di volta dell'intero processo di cure? Oppure al contrario tutti i soggetti dovranno essere trattenuti fino a che non venga trovata una collocazione in Strutture Socio-Sanitarie? O ancora, aspettare la guarigione del paziente fragile e disabile in un reparto per acuti sotto la minaccia dell'accusa di "malasanità"?
La dimissione del paziente può essere definita come il passaggio di presa in carico dalla corsia per acuti alla gestione territoriale delle patologie croniche (domicilio con eventuale attivazione del CAD ed il coinvolgimento del Mmg, lungodegenza, Rsa, hospice).
È evidente come il Mmg non debba ritrovarsi da solo ad affrontare il post-ricovero, ma sarebbe opportuno che partecipi al percorso di cure entrando in Reparto, confrontandosi con il personale sanitario e con l'Assistente Sociale in modo che la dimissione sia un passaggio di cure e non un salto nel vuoto.

Si ringraziano Silvia ed Alessandro per la paziente collaborazione prestata.

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

L'agopuntura allevia il dolore lombare/pelvico della gestante

L'agopuntura sta emergendo come potenziale terapia per vari tipi di dolore, perché non comporta la necessità di farmaci ed è considerata sicura. E una recente analisi ha dimostrato che la pratica può alleviare in modo significativo il dolore lombare e/o pelvico frequentemente sperimentato dalle donne durante la gravidanza

L'agopuntura può alleviare in modo significativo il dolore lombare e/o pelvico frequentemente sperimentato dalle donne durante la gravidanza: lo rileva un'analisi pubblicata su BMJ Open. E non ci sono stati effetti collaterali importanti osservabili per i neonati le cui mamme hanno optato per la terapia, indicano i dati, sebbene solo pochi degli studi pubblicati inclusi nell'analisi abbiano valutato i risultati, come la nascita prematura, osservano i ricercatori. L'agopuntura sta emergendo come potenziale terapia per vari tipi di dolore, perché non comporta la necessità di farmaci ed è considerata sicura, affermano i ricercatori. Non è chiaro esattamente come possa alleviare il dolore, ma si pensa che implichi il rilascio di endorfine, oltre all'aumento del flusso sanguigno alla pelle e ai muscoli locali.

Ma se può alleviare il debilitante dolore lombare e/o pelvico sperimentato da fino al 90% delle donne durante la gravidanza rimane fortemente contestato.

Per cercare ulteriori elementi, i ricercatori hanno setacciato i database di ricerca per studi clinici pertinenti che hanno confrontato il sollievo dal dolore offerto alle donne incinte sottoposte all'agopuntura (da sola o in combinazione con altre terapie) con altri trattamenti/nessun trattamento, nonché il potenziale impatto sui neonati.

L'analisi finale ha incluso 10 studi controllati randomizzati, che hanno coinvolto 1040 donne. Ogni studio è stato pubblicato tra il 2000 e il 2020 e condotto in vario modo in Svezia, Regno Unito, Stati Uniti, Spagna e Brasile. Le future mamme erano tutte sane, in media da 17 a 30 settimane di gravidanza, e avevano dolori lombari e/o pelvici. L'agopuntura è stata erogata da agopuntori qualificati, fisioterapisti o ostetriche. Sette studi hanno descritto l'agopuntura corporea; tre hanno descritto l'agopuntura auricolare (lobo dell'orecchio).

L'analisi dei dati riuniti dei risultati della sperimentazione per 9 studi ha suggerito che l'agopuntura ha alleviato significativamente il dolore durante la gravidanza.

In quattro studi che riportano il potenziale dell'agopuntura per ripristinare la funzione fisica, i risultati hanno mostrato che questo era significativamente migliorato.

La qualità della vita è stata registrata in 5 studi. L'analisi complessiva dei dati ha suggerito che l'agopuntura ha migliorato significativamente anche questo parametro.

L'analisi dei dati aggregati di 4 studi ha indicato che c'era una differenza significativa negli effetti complessivi quando l'agopuntura veniva confrontata con altri o nessun intervento.

L'analisi dei dati raggruppati aggiustati ha anche suggerito che l'agopuntura è sicura e, per i 4 studi che la riportano, non vi era alcuna differenza significativa nei punteggi di salute (Apgar) dei neonati quando l'agopuntura veniva confrontata con altri interventi o nessuno.

Sette studi hanno registrato altri effetti collaterali minori attesi per le future mamme, come dolore, indolenzimento e sanguinamento nella sede dell'ago e sonnolenza. Tuttavia, i partecipanti hanno valutato favorevolmente l'agopuntura e la maggior parte era disposta a ripeterla, se necessario.

Sebbene gli autori esprimano una nota di cautela riguardo alle loro scoperte (il numero di studi inclusi era relativamente piccolo e il design, la metodologia, i risultati e le caratteristiche dei partecipanti differivano sostanzialmente) concludono affermando che l'agopuntura merita maggiore attenzione per il suo potenziale di alleviare il dolore in un momento in cui è preferibile evitare i farmaci a causa dei possibili effetti collaterali per la madre e il bambino.

E.T.

• *YangJ, Wang Y, Xu J, et al. Acupuncture for low back and/or pelvic pain during pregnancy: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ Open 2022;12:e056878. doi:10.1136/ bmjopen-2021-056878*

Il tromboembolismo venoso in oncologia

Sono stati condotti studi specifici che hanno confrontato i NAO con le eparine a basso peso molecolare nella terapia del tromboembolismo venoso nei pazienti con cancro

a cura di: **Pasquale De Luca**
con la collaborazione di: **Angelo Benvenuto, Massimo Lombardi, Vito Sollazzo, Antonio De Luca**
Dipartimento Internistico Multidisciplinare - Ospedale "T. Masselli-Mascia", San Severo ASL Foggia

Come è noto, vi sono forti legami fra cancro e trombosi. Molti tumori si associano a un'aumentata incidenza di trombosi venosa ed embolia polmonare e l'insorgenza di una manifestazione tromboembolica peggiora la prognosi del paziente con cancro.
Esistono inoltre molte difficoltà nella terapia del tromboembolismo venoso (TEV) nel paziente tumorale, sia per la minore efficacia della terapia convenzionale con antagonisti della vitamina K (dicumarolici), sia per la possibile interazione dei farmaci antitumorali con i farmaci antitrombotici, sia per altre complicanze spesso presenti nel paziente neoplastico (vomito, nausea, piastrinopenia) che rendono più difficoltosa la scelta e la gestione della terapia anticoagulante.

Nuovi anticoagulanti orali

I nuovi anticoagulanti orali (NAO) hanno dimostrato, in alcuni studi, efficacia e sicurezza almeno comparabili a quella dei dicumarolici nei pazienti oncologici.
Le eparine a basso peso molecolare hanno dimostrato maggiore efficacia rispetto ai dicumarolici nel curare le trombosi dei pazienti con cancro, prevenendo meglio le recidive. Tuttavia, le eparine hanno l'inconveniente di dover essere iniettate almeno una volta al giorno, cosa che rende poco sopportabile al paziente una terapia che, di norma dura almeno sei mesi.
La maggior parte delle linee guida internazionali raccomanda l'uso delle eparine a basso peso molecolare (EBPM) come trattamento di prima scelta per il tromboembolismo venoso (TEV) associato a cancro.
Abbastanza recentemente sono stati condotti studi specifici che hanno confrontato i NAO con le eparine a basso peso molecolare nella terapia del TEV nei pazienti con cancro. In diversi di questi studi, i nuovi anticoagulanti orali e in particolare l'edoxaban, sono risultati non inferiori all'eparina a basso peso molecolare rispetto all'endpoint primario composito costituito da TEV ricorrente e sanguinamento maggiore.
L'incidenza di TEV è stata infatti numericamente più bassa nel gruppo edoxaban, mentre quella di sanguinamento maggiore era significativamente più alta rispetto al gruppo trattato con eparina a basso peso molecolare, differenza quest'ultima legata in gran parte all'aumento di sanguinamenti gastrointestinali superiori nei pazienti con tumori gastrointestinali trattati con edoxaban.

Conclusioni

Gli studi finora disponibili suggeriscono quindi che edoxaban può rappresentare una valida alternativa all'eparina a basso peso molecolare per il trattamento del TEV in pazienti con cancro.
Resta aperto però un importante problema: i NAO si sono dimostrati addirittura più efficaci, ma purtroppo hanno determinato un aumento delle emorragie, soprattutto a carico dell'apparato gastro-enterico nei pazienti colpiti da neoplasie in tale sede.
Infine un altro problema, al momento non del tutto risolto, è la possibile interazione dei NAO con alcuni farmaci antitumorali, cosa che non avviene con le eparine a basso peso molecolare.

BIBLIOGRAFIA

- Khorana AA, Yannicelli D, McCrae KR et al. Evaluation of US prescription patterns: are treatment guidelines for cancer-associated venous thromboembolism being followed? *Thromb Res* 2016; 145: 51-3.
- Kraaijpoel N, Di Nisio M, Mulder FI et al. Clinical impact of bleeding in cancer-associated venous thromboembolism: results from the Hokusai VTE Cancer study [abstract]. *Thromb Haemost* 2018;1 64 (Suppl 1): S223.
- Lyman GH, Bohlke K, Khorana AA et al. Venous thromboembolism prophylaxis and treatment in patients with cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline update 2014. *J Clin Oncol* 2015; 33: 654-6.
- Raskob GE, van Es N, Verhamme P et al. Hokusai VTE Cancer Investigators. Edoxaban for the treatment of cancer-associated venous thromboembolism. *N Engl J Med* 2018; 378: 615-24.
- Steffel J, Verhamme P, Potpara TS, et al.; ESC Scientific Document Group. The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2018; 39: 1330-93.

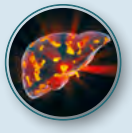
NUTRIENTI e SUPPLEMENTI

INFORMAZIONE QUALIFICATA DA FONTI QUALIFICATE

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

DIETA LOW-CARB AIUTA A PREVENIRE IL DIABETE IN SOGGETTI A RISCHIO

DAGLI OLI ESSENZIALI UN DERIVATO PREZIOSO CONTRO MALATTIE INFIAMMATORIE INTESTINALI



FIBROSI EPATICA DA STEATOSI: IDROSSITIROSOLO E VITAMINA E SOLUZIONI EFFICACI

Dieta Low-carb aiuta a prevenire il diabete in soggetti a rischio

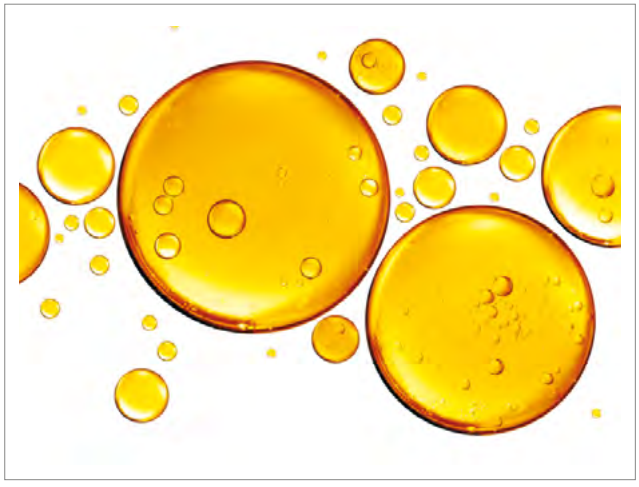
Una dieta a basso contenuto di carboidrati può ridurre il rischio di sviluppare diabete di tipo 2 e promuovere la perdita di peso. Questi i risultati di uno studio americano, della durata di sei mesi, recentemente pubblicato su *Jama network open*, condotto su 150 adulti (72% donne, prevalentemente di colore) di età compresa tra 40 e 70 anni in condizione di cosiddetto prediabete o diabete moderato, ovvero con livelli di emoglobina glicata (HbA1c) compresi tra 6,0 e 6,9%.
I partecipanti sono stati divisi in due gruppi. Il primo doveva seguire una dieta con meno di 40 g/die di carboidrati per i primi tre mesi e sotto i 60 dal terzo mese a fine studio. In aiuto, veniva fornita consulenza nutrizionale, tramite incontri periodici, manuali con linee-guida e ricettari. Il secondo, doveva seguire la sua dieta abituale.
Alla fine dei sei mesi, il gruppo di intervento ha rilevato

una diminuzione dell'HbA1c rispetto ai controlli dello 0,23%. Sono state evidenziate anche riduzioni significativamente superiori della glicemia a digiuno (-8,4 mg/dl vs + 1,9 mg/dl) e del peso corporeo (- 6,4 kg vs - 0,5 kg). Così commenta **Kirsten S. Dorans**, della Tulane university di New Orleans, coordinatrice della ricerca: "Mentre le diete a basso contenuto di carboidrati sono spesso raccomandate per le persone con diabete di tipo 2, esistono poche prove del fatto che mangiare meno carboidrati possa influire sulla glicemia di persone con diabete lieve o prediabete, non in trattamento farmacologico. Con il nostro studio abbiamo evidenziato come, a sei mesi, un intervento dietetico a basso contenuto di carboidrati sia in grado di determinare riduzioni di HbA1c maggiori rispetto alla dieta abituale, sebbene non siamo stati in grado di valutarne gli effetti indipendentemente dal calo ponderale. Questo approccio dietetico può essere un'opzione per le persone ad alto rischio di sviluppare diabete, per migliorare i marcatori glicemici e non solo e andrebbe valutato ulteriormente in altre popolazioni e per periodi di tempo più lunghi".

Fonte: Jama Netw Open. 2022; 5(10)

Dagli oli essenziali un derivato prezioso contro malattie infiammatorie intestinali

È un alcol con note proprietà antinfiammatorie e antimicrobiche che ha mostrato attività eubiotica nei confronti del microbiota intestinale in pazienti con sindrome dell'intestino irritabile. Parliamo del geraniolo testato, in forma di integratore alimentare, in un gruppo di pazienti per valutarne i benefici sintomatici e l'azione correttiva sulla disbiosi. Lo studio è stato condotto da un gruppo di ricercatori bresciani e bolognesi e i risultati sono stati pubblicati di recente su *Nutrients*.
A parlarcene, **Enzo Spisni**, direttore del dipartimento di Scienze biologiche, geologiche e ambientali dell'Università Alma Mater di Bologna e tra gli Autori della ricerca.



▸ Prof. Spisni, intanto ci spiega che cos'è il geraniolo?

Chimicamente si tratta di un alcool monoterpenico. In natura è un componente di alcuni oli essenziali che vengono estratti da piante come il geranio e la citronella.

▸ Perché riscuote interesse nell'ambito delle malattie croniche intestinali?

Perché si tratta di una molecola che ha azioni farmacologiche interessanti e multitarget. È un antibatterico piuttosto selettivo, ma anche un inibitore della ciclossigenasi 2, enzima chiave di tutte le infiammazioni. In questo modo, se veicolato opportunamente al colon, ha contemporaneamente una azione anti-disbiotica, o eubiotica, sul microbiota intestinale e antinfiammatoria sulla mucosa, agendo sulle due diverse componenti che sono alla base dei meccanismi patogenetici di diverse malattie croniche che colpiscono l'intestino.

▸ Che tipo di ricerca avete condotto e con quali obiettivi?

Dopo un primo studio pilota in aperto, abbiamo realizzato uno studio in doppio cieco, controllato con placebo, su pazienti affetti da Sindrome dell'intestino irritabile, o Ibs, nell'acronimo inglese. Lo studio si è sviluppato in due centri di ricerca italiani: quello di gastroenterologia diretto dal prof. Giovanni Barbara dell'Università di Bologna, e quello di gastroenterologia dell'Università di Brescia, di-

retto dalla prof.ssa Chiara Ricci. Ai pazienti arruolati abbiamo somministrato per quattro settimane una formulazione a rilascio colonico di geraniolo, denominata BIOintestil, inventata e realizzata da una startup dell'Università di Bologna, la Tgd, di cui sono founder.

▸ Che risultati avete potuto osservare sui sintomi?

I risultati sono stati al di sopra delle nostre aspettative. Abbiamo avuto un 52% di responder nel braccio integratore, contro un 16% di responder nel braccio placebo: un 36% di guadagno terapeutico, che per questa tipologia di pazienti è davvero un risultato interessante. Sulla sintomatologia, abbiamo avuto una diminuzione significativa di gonfiore e del dolore addominale e una regolarizzazione dell'alvo che ha coinvolto sia i pazienti con alvo diarroico che quelli con alvo tendenzialmente stitico. Ma il dato più interessante è che agisce in modo significativo su sintomatologia e alvo dei pazienti Ibs definiti mixed o alterni, caratterizzati da un alvo alternato che non permette l'utilizzo di farmaci antidiarroici o lassativi, tipicamente utilizzati per contrastare la sintomatologia in pazienti con alvo di una sola tipologia dominante.

▸ E sul microbiota intestinale?

Il microbiota intestinale migliora, grazie all'azione del geraniolo, come composizione generale, con un aumento della diversità microbica. In più ci sono alcune modificazioni specifiche, come per esempio la diminuzione di batteri del genere Oscillospira, aumentati nel microbiota dei pazienti affetti da Ibs, e un aumento dei batteri del genere Fecalibacterium, quasi sempre ridotti dalla presenza dell'Ibs.

▸ Che conclusioni si possono trarre da questi dati?

Che il geraniolo è certamente un interessante modulatore positivo del microbiota intestinale con azione antinfiammatoria. Quindi, rappresenta un ottimo candidato per sviluppare formulazioni in grado di migliorare la qualità della vita di molti pazienti affetti da Ibs e, forse, anche da altre patologie intestinali che abbiano infiammazione e disbiosi come pilastri della patogenesi. Attenzione però: il geraniolo deve raggiungere il colon. Servono formulazioni a rilascio controllato, altrimenti viene rapidamente assimilato a livello del tenue, entra nel circolo sanguigno e rapidamente viene eliminato ed escreto.

Fonte: Nutrients 2022, 14(19), 4208

Fibrosi epatica da steatosi: idrossitirosolo e vitamina E soluzioni efficaci

Integratori ricchi di idrossitirosolo e vitamina E per il trattamento della steatosi epatica non alcolica e della fibrosi correlata in età pediatrica. Una prospettiva aperta da uno studio italiano da poco pubblicato su *Nutrients* che ha visto la collaborazione tra l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, il Centro obesità dell'Università Politecnica delle Marche e l'Università di Messina. A parlarcene, **Anna Alisi**, responsabile dell'Unità di Genetica molecolare dei caratteri complessi al Bambino Gesù e coordinatrice della ricerca.

▸ D.ssa Alisi, ci spiega meglio il processo di fibrosi correlata alla steatosi epatica non alcolica: di cosa stiamo parlando?

La fibrosi epatica è una malattia del fegato che si sviluppa quando l'organo è sottoposto a insulti ripetuti che danneggiano tutte le cellule e la struttura del tessuto. In seguito al danno, alcune cellule del fegato, note come cellule stellate epatiche, si attivano per ripararlo. Purtroppo, quando lo stimolo negativo è cronico, il risultato è una persistente attivazione delle cellule stellate, con conseguente accumulo di proteine della matrice extracellulare che vanno a creare il tessuto cicatriziale che costituisce la fibrosi. La steatosi epatica, caratterizzata da eccessivo accumulo di grasso all'interno del fegato, è attualmente la principale malattia cronica del fegato legata all'obesità e rappresenta uno dei maggiori fattori predisponenti allo sviluppo di forme più severe come la steatoepatite e la fibrosi epatica.

▸ Qual è l'armamentario terapeutico oggi disponibile?

Per quanto riguarda la steatosi epatica, almeno nella popolazione pediatrica si sono ottenuti risultati soddisfacenti mediante approcci mirati a ridurre sia il consumo di cibi ric-

chi di grassi e zuccheri che la sedentarietà. Quando però la malattia si accompagna già alla presenza di fibrosi, il cambiamento degli stili di vita da solo non è sufficiente a riparare il danno del fegato. A oggi non ci sono farmaci efficaci nell'eradicare completamente la fibrosi, ma linee guida italiane suggeriscono nei pazienti adulti con malattia avanzata l'uso di pioglitazone e acido obeticolico, non indicati, però, nel paziente pediatrico. D'altro canto, ci sono numerose indicazioni sull'uso della vitamina E per determinare un miglioramento della steatoepatite e della fibrosi epatica, trattamento che essendo caratterizzato da buona tollerabilità e scarsi eventi avversi, si adatta bene anche per uso pediatrico.

▸ Perché tanta curiosità verso idrossitirosolo e vitamina E?

La curiosità deriva dai risultati incoraggianti ottenuti con studi precedenti, su modelli sperimentali e sull'adulto. Inoltre, in un precedente studio avevamo già dimostrato che le due molecole nei bambini affetti da steatosi epatica erano in grado di ridurre sia la steatosi stessa che l'infiammazione sistemica conseguente, tramite un meccanismo che sfrutta le capacità antiossidanti delle due molecole. L'altro aspetto è che entrambe le molecole sono composti naturali che già vengono assunti quotidianamente con la dieta in quanto derivati dell'olio d'oliva.

▸ Che tipo di studio avete effettuato e quali risultati avete potuto osservare?

Abbiamo per prima cosa effettuato una ricerca su modelli cellulari di fibrosi epatica. Nel modello, le cellule stellate epatiche umane sono state stimolate con il fattore TGF-β per indurre la fibrosi. Successivamente, tali cellule sono state esposte a un trattamento combinato con idrossitirosolo e vitamina E. Il risultato osservato è stata una riduzione di parametri associati con il fenotipo fibrotico, in particolar modo la riduzione dell'espressione dei geni per il collagene di tipo 1A e di tipo 3A. Questi incoraggianti risultati sono stati poi riconfermati in un modello animale di steatosi epatica e fibrosi. Infine, l'azione protettiva dell'idrossitirosolo e vitamina E sulla fibrosi epatica è stata avvalorata dall'osservazione che l'assunzione per quattro mesi di un integratore alimentare contenente una formula combinata dei due composti naturali riusciva a contrastare in maniera efficace e prolungata nel tempo l'aumento dei livelli nel sangue di un ben noto un marcatore circolante di fibrosi come il Propeptide N-terminale del Procollagene 3 in una coorte di pazienti pediatrici affetti da steatosi epatica e fibrosi rispetto a quelli che avevano ricevuto il solo placebo. Inoltre, in questo studio si è dimostrato come lo stesso trattamento fosse in grado di contrastare anche l'aumento della produzione di un fattore coinvolto nei processi di stress ossidativo chiamato NOX2, supportando la potente azione antiossidante di queste due sostanze e il conseguente effetto benefico sul danno epatico.

▸ Quali prospettive si possono intravedere per un impiego in clinica?

I risultati del nostro studio, coordinato dall'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma e che ha coinvolto anche il Centro obesità dell'Università Politecnica delle Marche e l'Università di Messina per i modelli animali, aprono la strada per un miglioramento a breve termine del piano di cura della fibrosi associata alla steatosi epatica. Infatti, i nostri dati supportano la possibilità di inserire già da ora integratori ricchi di idrossitirosolo e vitamina E nel piano nutrizionale attualmente raccomandato per il trattamento della steatosi e della fibrosi epatiche in età pediatrica.

Fonte: Nutrients 2022, 14(18), 3791

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