

4-15
MENSILE
LIII ANNO

SPERIMENTAZIONE CREG

La gestione dei pazienti cronici pag. 18

RSA

Strutture socio-sanitarie
e nuovi modelli organizzativi pag. 23

SCIENZA

L'ipotiroidismo nell'anziano pag. 24



*Al via il 71° Congresso Nazionale
Fimmg Metis*

**Un medico
per la persona,
la famiglia, la società**

am



Federazione Italiana Medici
di Medicina Generale

AVVENIRE MEDICO

Appropriatezza prescrittiva. Decreto Lorenzin: le ragioni del nostro “no”

di Giacomo Milillo - Segretario generale nazionale Fimmg

In relazione alla bozza di decreto ministeriale sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale soggette a “condizioni di erogabilità” o a “indicazioni prioritarie”, la Fimmg, sindacato maggiormente rappresentativo della medicina generale italiana, tiene a precisare quanto segue.

1. Appare impossibile nei tempi concessi dare un contributo professionale/scientifico alla evoluzione/rivalutazione del decreto, vista la documentazione fornita assolutamente carente rispetto ai contenuti di ricerca, pubblicazioni scientifiche, dati di contesto che dimostrino e siano a sostegno di quanto reso assioma dal parere del Consiglio Superiore di Sanità.

2. Non appare accettabile sul piano professionale ed assistenziale la scelta di condizionare per forza di legge il diritto/dovere del medico di libertà di cura nei confronti del proprio paziente, come risulta dalla connessione di tale proposta con quanto previsto dal comma 5 dell'articolo 9-quater del decreto legge n.78 del 19 giugno 2015, che disciplina già l'eventuale procedimento sanzionatorio nei confronti del medico, specificando quali provvedimenti dovranno essere adottati in caso di comportamento prescrittivo non conforme alle

condizioni e alle indicazioni di cui al decreto ministeriale.

3. Non va sottovalutato che i “cosiddetti contenuti di appropriatezza” sono riferibili ad un sistema di attenzione alla tutela della salute che dovrebbe prevedere una contestuale e non postuma decisa azione sui temi della prevenzione e della educazione a stili di vita, che sono alla base di ogni possibile intervento di razionalizzazione di un sistema che così sarebbe capace di produrre salute come soluzione ad eccessi di sanità e non, come appare, razionandone l'offerta sanitaria.

4. La metodologia di lavoro proposta per la costruzione delle valutazioni di erogabilità e di appropriatezza non tiene nessun conto del processo elaborativo diagnostico che è caratterizzato da una valutazione complessa da parte del medico, che si riconduce ad un ragionamento di tipo probabilistico, che molte volte, per una opportuna diagnosi differenziale, richiede una diagnostica di esclusione che, pertanto, può risultare, rispetto al sospetto diagnostico specifico, negativa o inutile, come qualcuno preferisce definirla, ma positiva e utile rispetto al ragionamento che il medico fa per arrivare ad una diagnosi di certezza.

5. Sul piano specifico della categoria della Medicina di Famiglia appare non tollerabile un messaggio di

valutazione di appropriatezza troppo spesso sottoposto ad approvazione specialistica, oltretutto senza chiarimenti rispetto alle caratteristiche contrattuali di appartenenza dello specialista ovvero di struttura pubblica o anche soggetto privato, come se, nonostante la piena conoscenza della persona assistita del medico di famiglia, la mancanza di integrazione dei dati riferiti alla storia clinica del paziente tra medicina di famiglia e specialistica, quest'ultima dovesse avere per definizione di legge ed in maniera autoreferenziale maggiore capacità di appropriatezza prescrittiva, nonostante un contatto con l'assistito che sicuramente è meno continuativo e molte volte svolto da più specialisti diversi; situazioni queste ultime che sono alla base della crescita di una medicina difensiva, con aumento delle prestazioni. Si sceglie, invece, di perdere l'assetto fiduciario della medicina di famiglia, che può essere l'unica soluzione all'empowerment del cittadino su un uso appropriato delle risorse.

Appare chiaro che, per i suddetti motivi, si ritiene non accettabile il modello di decreto proposto e ci si riserva di agire per contrastarne la determinazione e la sua approvazione con tutti gli strumenti in nostro possesso, coinvolgendo anche i nostri pazienti in una azione di sostegno alle nostre motivazioni.

EDITORIALE

Alesso: “La Medicina Generale è strategica per la tenuta del sistema sanitario”

“La crisi economica degli ultimi anni ha reso ancora più evidente come sia indispensabile guardare alla salute in una prospettiva olistica. E solo un sistema che è basato sulla Medicina Generale può offrire risposte sostenibili per la gestione delle malattie croniche e dell’invecchiamento”. Così Donatella Alesso, coordinatrice scientifica di Metis, introduce i temi al centro del prossimo Congresso

Tanti momenti di dibattito e di formazione, un’intensa settimana di lavori sui temi professionali, scientifici e sindacali. È questo ciò che avverrà, dal 5 al 10 ottobre prossimi, durante il 71° Congresso Fimmg, ospitato a Domus De Maria (CA) nel complesso Chia Laguna. Chiediamo a Donatella Alesso, coordinatrice scientifica di Metis, di aiutarci a individuare lungo quali direttrici si orientano le molte attività in programma.

Dottoressa Alesso, partiamo dallo slogan che fa da titolo al Congresso Fimmg Metis di quest’anno: “Un medico per la persona, la famiglia, la società”. Cosa vuole sottolineare?

Il titolo scelto per l’appuntamento nazionale di quest’anno vuole essere un forte richiamo ad una delle specificità, troppo spesso non considerate, che danno alla Medicina Generale la piena dignità al titolo di disciplina a sé stante. Il Medico di famiglia è infatti l’unica figura sanitaria che estende la sua opera al nucleo di persone in cui il paziente è inserito, e che cura, come singolo, gli interessi sanitari di una popolazione abbastanza consistente e, come cate-

goria, quelli di tutta la popolazione. Come dimostra la crisi economica degli ultimi anni, la salute della persona è strettamente legata all’equilibrio del contesto familiare e sociale, e viceversa. Ma l’unico medico che ha realmente il polso di questa realtà è proprio il mmg, che tocca con mano gli effetti negativi sulla salute derivanti dalla instabilità economica e sociale.

Dunque la crisi pone in maggiore evidenza il ruolo strategico della Medicina Generale?

Credo di sì. Se parole come medicina olistica, approccio globale, modello bio-psico-sociale, che noi utilizziamo da tempo, sono parse talvolta indicare concetti astrusi lontani dal quotidiano, la crisi economica degli ultimi anni ha reso evidente la loro concretezza.

In un articolo firmato da Karaniolos e altri, intitolato Financial Crisis, Austerity, and Health in Europe e pubblicato sul Lancet,

si afferma: “La disoccupazione è il fenomeno più preoccupante della crisi, a cui si attribuiscono effetti particolarmente deleteri per la salute. (...) è infatti associata a un forte aumento dei disturbi mentali e psicosomatici, dei comportamenti insalubri (...) e, in conclusione, a un aumento della mortalità. Nei momenti di crisi economica dovrebbero essere rafforzate le reti di protezione sociale per mitigare gli effetti negativi sulla salute”. Nella stessa rivista, in un articolo di Geneau, leggiamo: “Le malattie croniche (...) sono globalmente trascurate, nonostante la crescente consapevolezza del peso sulla salute che esse provocano. Esistono soluzioni molto efficaci e a basso costo per la prevenzione delle malattie croniche; l’incapacità di adottarle è oggi un problema politico, piuttosto che tecnico”.

La soluzione è quella che Fimmg ha da sempre indicato: la Medicina Generale, organizzata in aggregazioni, come cardine



Complesso Chia Laguna presso Domus De Maria (CA), questa è la sede del 71° Congresso Fimmg Metis

della cura e dell'assistenza della popolazione, e in particolare delle malattie croniche e dell'invecchiamento.

Nel quadro socioeconomico che si è andato delineando, appare impossibile immaginare una gestione delle malattie croniche e dell'invecchiamento della popolazione non basata sulla Medicina Generale, organizzata, attrezzata, coadiuvata da figure professionali che ad essa facciano capo e rispondano.

Ma non c'è il rischio di moltiplicare i costi, anziché ridurli?

Al contrario: l'individuazione delle persone a rischio, attraverso criteri di conoscenza diretta e di prossimità, rende possibili controlli mirati. La prossimità consente di praticare una medicina pro-attiva reale, con programmazione personalizzata e di garantire accessibilità per i cittadini in ogni condizione.

Gli studi economici inoltre confermano che i costi delle prestazioni necessarie per diagnosi e monitoraggio diminuiscono quando queste vengono erogate nelle strutture meno complesse. Per questo il passaggio alla medicina pro-attiva per le condizioni di cronicità si rende indispensabile.

Nel programma del Congresso c'è anche una particolare attenzione agli stili di vita. Tra gli obiettivi di salute che devono essere perseguiti l'invecchiamento attivo (active aging) assume un carattere prioritario. Affiancare e guidare il paziente di ogni età nella scelta di uno stile di vita che regali salute e vita ai suoi anni, è infatti un compito particolarmente importante, anche in termini di sostenibilità economica, in un paese che ha una tra le popolazioni più anziane del mondo. Ed è un compito del medico di famiglia, proprio per la visione olistica che inevitabilmente manca allo specialista.

In che direzione deve cambiare il medico di Medicina Generale?

Deve trasformarsi da Medico in Medi-ger, cioè in medico-manager. Deve quindi acquisire capacità di management, nell'ambito dell'attività, delle forme organizzative della professione, e anche di gestione integrata delle patologie e della prevenzione. Il passaggio dalla medicina di attesa alla medicina proattiva implica un cambio di marcia, un diverso modo di operare che potrà rendere nel tempo più operativo, più proficuo e meno gravoso il lavoro.

Tutti gli appuntamenti del Congresso 2015

Sono tante le occasioni offerte ai partecipanti al 71° Congresso nazionale Fimmg-Metis e spaziano dal dibattito politico-sindacale, all'aggiornamento sui diversi aspetti di una professione sempre più articolata

Il confronto politico sindacale

La giornata di giovedì 8 sarà dedicata quasi interamente ai temi più strettamente politico-sindacali, con una tavola rotonda che analizzerà il nodo dei fondi sanitari integrativi e un successivo incontro, al quale parteciperanno i rappresentanti dei maggiori sindacati medici, per fare il punto sullo stato delle relazioni sindacali in un mondo 2.0. Nel pomeriggio, in seduta plenaria, il segretario nazionale Giacomo Milillo terrà la sua relazione, indicando la prospettiva su cui si muoverà Fimmg nei mesi a venire. Parteciperanno al confronto successivo la ministra della Salute Beatrice Lorenzin, il sottosegretario Vito De Filippo, la senatrice Emilia

De Biasi, la presidente Fnomceo Roberta Chersevani e il presidente Enpam Alberto Oliveti.

Workshop e seminari

Moltissimi i temi proposti negli incontri di aggiornamento professionale. Di particolare rilievo i Corsi Master finalizzati alla formazione di "medici esperti", ovvero di quei medici di famiglia che, utilizzando e valorizzando l'approccio specifico della Medicina Generale (rapporto fiduciario con il paziente, dimensione olistica, prossimità), approfondiscono la loro preparazione in specifiche aree del sapere medico, diventando co-

segue a pag. 9

Il Progetto In-Spir@

Il progetto InSpir@ vedrà coinvolte quattro regioni (Toscana, Marche, Puglia e Umbria) e 200 medici di medicina generale. L'obiettivo è formare "medici esperti" per la BPCO, patologia che ha un forte impatto sulla salute dei singoli e delle comunità, nonché sulla tenuta economica e gestionale della sanità. A questo scopo nel maggio scorso è stato siglato con Aimar (Associazione Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie) uno specifico accordo che definisce ruoli, funzioni e percorsi gestionali dell'assistenza alla persona con BPCO, definendo un preciso percorso gestionale della patologia. Ora prende il via il percorso di formazione che, dopo l'incontro preliminare al Congresso, si svilupperà attraverso FAD, seminari regionali in presenza e applicazioni esperienziali. I medici coinvolti, attraverso una piattaforma di self-audit, confronteranno le loro performance in due setting di MG: il primo, definito "regular", seguirà i criteri tradizionali della medicina di attesa, mentre il secondo, definito "pro-active", utilizzerà i criteri della medicina di iniziativa per la gestione della BPCO. Alla fine del percorso si valuteranno quale dei due contesti abbia portato a migliori risultati e consentito un migliore sviluppo delle competenze professionali in questa patologia.

Tutti gli appuntamenti del Congresso 2015

segue da pag. 7

sì una risorsa anche per i colleghi con cui lavorano nelle diverse forme di associazione. Ai medici esperti dedica particolare attenzione l'iniziativa Innov@FIMMG, che al Congresso organizza l'incontro preliminare del *progetto In-Spir@* (v. box a pag. 7).

Già sperimentato negli anni scorsi, e molto apprezzato dai colleghi, il Corso teorico di Ecografia Generalista, proposto dalla Società Italiana di Ecografia in Medicina Generale (Siemg) e dalla Scuola nazionale di Ecografia Generalista Fimmg-Metis, che offre la possibilità di avvicinarsi ad uno strumento diagnostico che appare sempre più necessario inserire nel setting della Medicina Generale, per rendere pienamente

Aft e Uccp luoghi di diagnosi di primo livello e migliorare l'appropriatezza dei percorsi e della terapia.

Appuntamento fisso anche quello con i seminari della Simpesv, la Società italiana di Medicina di Prevenzione e degli Stili di Vita (v. pag.35).

Una novità di grande interesse è rappresentata invece dal lavoro avviato dalla *Scuola di Ricerca in Medicina*

Generale Fimmg, che al Congresso nazionale presenterà il suo primo progetto di ricerca, dedicato alla "Prevenzione delle cadute domiciliari dell'anziano".

Un tema che ritorna in diversi incontri congressuali è quello dei vaccini, che sono uno strumento essenziale per il mmg. In particolare, è prevista una tavola rotonda di discussione generale, "Vaccini: un investimento per la salute della popolazione e la sostenibilità del Ssn", e diversi incontri dedicati alle specifiche classi vaccinali. In particolare si terranno nelle giornate congressuali tre incontri che completano il "Percorso di Vaccinologia", un corso Ecm in modalità blended, per il quale i partecipanti hanno già svolto una prima fase di formazione a distanza. I tre incontri riguardano la vaccinazione antinfluenzale (v. box qui sotto), la vaccinazione antipneumococcica e la vaccinazione anti herpes zoster.

Ancora moltissimi i temi e gli appun-

menti in programma. Interessanti temi di approfondimento per aspetti particolari della moderna medicina sono ad esempio affrontati negli incontri *Epidemia Obesità: come affrontarla. Dall'educazione alimentare alla chirurgia bariatrica e plastica; Cure primarie e immigrazione: realtà e prospettive; Aging ed esigenze estetiche. Indicazioni, limiti e controindicazioni in medicina estetica e chirurgia plastica; Cannabis: un'opzione terapeutica ora utilizzabile*. Più tradizionali, ma non per questo meno importanti per l'aggiornamento del mmg, i seminari dedicati all'ipertiroidismo, all'impiego del defibrillatore, all'uso dei farmaci generici, all'utilizzo dello spirometro.

Per conoscere proprio tutti gli appuntamenti del 71° Congresso nazionale Fimmg-Metis, con date e orari di svolgimento, consultare il programma pubblicato sul sito fimmg.org.

Percorsi di Vaccinologia: la vaccinazione antinfluenzale

Nel percorso di formazione sull'impiego dei vaccini, un incontro sarà dedicato in particolare al vaccino antinfluenzale.

Diffusione di informazioni errate e scientificamente infondate, potere delle piazze virtuali e dei media, diffidenza sempre più marcata verso i vaccini e relativo calo delle coperture vaccinali, portano alla necessità di affrontare l'argomento "comunicazione e vaccini" cercando di capire le ragioni del sempre più diffuso fenomeno della "vaccine hesitancy" (esitazione vaccinale). Il "caso Fluad 2014", il precauzionale ritiro dal commercio del vaccino antinfluenzale a seguito di alcune segnalazioni di decesso temporalmente correlate alla vaccinazione, offre un notevole spunto

di riflessione su come nasce e si alimenta la scorretta informazione sui vaccini.

La piena consapevolezza delle dinamiche comunicative può inoltre essere utile ad evitare che il mmg cada vittima dei principali errori di comunicazione e consente di approfondire la riflessione sul ruolo del mmg e il rapporto con il paziente esitante.

L'obiettivo è quindi fornire ai mmg, oltre la visione d'insieme della malattia e delle sue complicanze, la conoscenza dei tipi di vaccino, degli aspetti epidemiologici ma anche del ruolo delle Istituzioni e dei mmg nella programmazione della campagna di vaccinazione e degli strumenti – informatici e non – che concorrono a garantire l'appropriatezza organizzativa, gestionale, prescrittiva nel management dell'attività vaccinale nel setting della Medicina Generale.

Si è infine voluto dare spazio, per dirimerle, alle perplessità a volte legate alla paura degli effetti avversi o di responsabilità medico-legali, nonché ai comportamenti, *lex artis*, da attuare per una corretta vaccinazione.





È il tempo del cambiamento per la Medicina Generale: **InNov@FIMMG**

Massimo Magi

Coordinatore progetto InNov@FIMMG

L'esigenza di innovare il modo di essere medico di famiglia per affrontare le sfide che il futuro pone ai regimi assistenziali, è da tempo avvertita nell'ambito della professione e all'interno della Fimmg. In una popolazione con un costante allungamento della vita media, in un contesto di diminuzione delle risorse disponibili unito alla crescita di una nuova consapevolezza e necessità di autonomo protagonismo dei cittadini, è necessario progettare nuovi modelli assistenziali che valorizzino la capacità della Medicina Generale di gestire un approccio orientato alla cura della persona e non alla patologia e sviluppino la realizzazione di nuove forme aggregative in grado di creare reti professionali territoriali che rafforzino la presenza nel territorio dei medici di famiglia. Questa prospettiva costituisce un elemento di stabilizzazione ed equilibrio an-

che economico del sistema sanitario e la sua sostenibilità. Richiede però il passaggio da una pratica professionale improntata a modelli "tradizionali" di attesa, ad una più proattiva orientata a forme di iniziativa di gestione della salute. Questo comporta la urgente esigenza di riqualificare e trasformare la modalità di lavoro dei medici e delle loro strutture professionali, dei modelli formativi e di accesso alla professione.

Le ragioni di InNov@Fimmg

Da questa riflessione lungamente dibattuta all'interno della Fimmg e che vuole essere ulteriormente approfondita nel corso del 71° Congresso nazionale Fimmg-Metis, nasce **InNov@FIMMG**. Questa iniziativa vuole favorire il coordinamento e la connessione delle strutture operative di Fimmg, con valenza scientifica e progettuale, mettendo in rete e ottimizzando le loro attività, per fi-

nalizzarle alla mission politico-sindacale di Fimmg. Gli elementi di fondo di questa iniziativa sono rappresentati da:

- a definizione di nuovi modelli assistenziali che, partendo da Evidence, linee guida e PDTA di singole patologie, in qualche modo li superino, arrivando invece ad individuare per ogni singolo paziente un piano assistenziale personalizzato e dunque modelli assistenziali per la *persona reale*;
- la progettazione di nuove modalità di lavoro in squadra della MG, definendo i modelli aggregativi e i fattori di produzione della assistenza, compresa la diagnostica e gli strumenti di ICT necessari per valorizzare le specificità dei singoli medici (medici esperti), che favorisca una logica di "*squadra della salute*";
- la promozione della appropriatezza e della aderenza, come cardini di un *nuovo profilo di sostenibilità* dei modelli assisten-

ziali da parte delle rinnovate forme organizzative e aggregative della MG, fornendo in questo modo a Fimmg gli elementi per individuare i contenuti della contrattazione sindacale;

- lo sviluppo di un percorso di empowerment del paziente come strumento di supporto ai percorsi di cura/salute, anche attraverso già sperimentati programmi di *family learning*;
- lo sviluppo di un *percorso originale di Ricerca*, per dare risposte ai bisogni di assistenza del “paziente reale” e per colmare la forte carenza, specie nel settore Farmaco, di informazioni strutturate e dati specifici, anche attraverso lo sviluppo di progetti di ricerca clinica pre- e post-marketing, secondo la logica del *large and simple trial*, sempre più utilizzati per la verifica dell'*effectiveness* (efficacia reale) e sempre più richiesti dalle Agenzie Regolatorie.

Cinque macro-azioni

Tutto questo viene promosso e realizzato attraverso lo sviluppo di cinque macro-azioni in ambito professionale che rappresentano i fattori costitutivi fondamentali di InNov@FIMMG:

1. Aggregazione e capacità organizzativa del MMG

Nel corso degli anni abbiamo assistito sempre più al passaggio e implementazione di forme associative/aggregate della MG, segno di uno sviluppo innovativo della iniziale condizione di medico singolo. Questo passaggio ha assunto sempre più contenuti professionali e non solo di opportunità per la realizzazione di micro-economie di scala nelle gestione delle attività. La costante attenzione degli ACN, dagli anni '80 in poi con la prima introduzione della medicina di gruppo, ha supportato e facilitato lo sviluppo di questo processo, consentendo di radicare nella MG italiana un ben consolidato percorso di sviluppo delle varie forme di associazionismo e più recentemente di aggregazione. Gli Accordi Integrativi Regionali, che tra luci ed ombre hanno assunto tale prospettiva, hanno poi permesso di contestualizzare, forse con un eccesso di forme professionali, questo importante processo di maturazioni della medicina generale. Il Decreto Balduzzi, al capitolo primo, assume tutta l'importanza di questo processo, ponendolo alla base della riorganizzazione dei servizi territoriali regionali di assistenza primaria due

modalità operative rappresentate dalle forme organizzative monoprofessionali e le forme organizzative multiprofessionali. Molto ancora potrà essere fatto in questa direzione, partendo dalla certezza del mandato assegnato alla MG nella riorganizzazione della assistenza territoriale.

2. L'Approccio Primario

Questa prospettiva tipica e caratteristica della MG, ne definisce le modalità di intervento, sulle condizioni di salute dei cittadini e nel rapporto con ogni singolo assistito, e allo stesso tempo la differenza da un approccio specialistico e di secondo livello. Essa è caratterizzata da quattro competenze fondamentali rappresentate da: *estensività, coordinamento, accessibilità e prossimità delle cure, presa in carico complessiva*. Il mmg, in questa fase di mutamento, deve implementare e sviluppare gli elementi fondamentali della medicina di famiglia, da sempre patrimonio della sua attività pratica.

3. Tecnologia di primo livello

È del tutto evidente che la possibilità di dotare le aggregazioni della MG di una strumentazione, da utilizzare nel proprio studio e che risponda ai criteri dell'approccio primario, sviluppa e potenzia competenze professionali innovative. Questa “tecnologia” dovrà essere caratterizzate da basso costo, facile esecuzione, facilità di replicazione, non invasività, e sarà finalizzata ad identificare e monitorare nel tempo i principali parametri biologici di quadri di patologie e la necessità di eventuali ulteriori approfondimenti specialistici di secondo livello. Si costruisce attorno al paziente un nuovo paradigma assistenziale orientato alla presa in carico complessiva, finalizzato a rafforzare una prospettiva di prossimità delle cure, potendo selezionare con maggiore attenzione i soggetti che hanno necessità di un percorso diagnostico terapeutico di livello diverso e quindi garantire un più adeguato invio alle strutture specialistiche, ed erogando risposte diagnostiche e terapeutiche con maggior tempestività a chi può essere mantenuto nel setting primario.

4. Formazione del Medico Esperto

A rafforzare questo sviluppo contribuisce poi la formazione della figura del Medico Esper-

to, che non è quella di un mini-specialista, né un medico di mezzo tra medico di famiglia e medico specialista, né tantomeno una figura gerarchica che occupa una posizione delle varie forme di aggregazione della Medicina Generale. Egli invece rappresenta il riferimento professionale di queste forme su definite aree di patologia, che sono scelte autonomamente per motivi vocazionali o di interesse professionale o ancora di prevalenza/incidenza. Non ha il ruolo di visitare il paziente, ma rappresenta una interfaccia con i colleghi al fine di favorire lo sviluppo di competenze e conoscenze in quel determinato ambito. È dunque un professionista deputato al trasferimento/implementazione delle nuove conoscenze acquisite attraverso un percorso formativo di tipo esperienziale piuttosto che accademico/frontale e diventa il “motore” di aggiornamento continuo nella AFT. Il primo Master per la formazione del Medico Esperto in BPCO si terrà al 71° Congresso nazionale Fimmg-Metis.

5. Social Health Network

L'utilizzo della ITC in ambito sanitario è oramai una modalità consolidata tra la popolazione. Molti sono gli strumenti messi a disposizione dei cittadini per monitorare il loro stato di salute e favorire il benessere. L'elemento critico di questa innovazione è che il dato abbia una lettura “esperta” in grado di interpretarlo. È necessaria dunque una “interfaccia professionale” in grado di contestualizzare quel dato e saperne realizzare una lettura esperta. Che un cittadino condivida con i propri amici il valore di una misurazione della PA o le calorie perse durante la giornata o una frequenza cardiaca, lascia il tempo che trova e non porta nessuna utilità. È utile invece creare una interfaccia esperta per far incontrare i mmg con i propri pazienti, in modo da rafforzare il rapporto medico-paziente in un'ottica WEB 2.0. Il Social Health Network va in questa direzione, creando una piattaforma WEB dove far continuare il dialogo tra medico e paziente, fornire informazioni pratiche (sede, orari, prenotazioni, servizi forniti, ecc.), mettere a disposizione indicazioni su stili di vita, terapie, assunzione farmaci e sostegno alla aderenza, anche attraverso l'uso di tutorial sul corretto uso dei farmaci, iniziative e campagne di prevenzione e vaccinali.

Oltre 40.000
visitatori unici
giornalieri*

*Fonte: Google Analytics



Il primo quotidiano *on line*
interamente dedicato al mondo della sanità

quotidiano **sanità.it**

Scienza, medicina, farmaci,
politica nazionale
e regionale, economia
e legislazione.

Notizie, interviste, dibattiti,
documenti, analisi
e commenti dal mondo
della sanità.

Ogni giorno, dal lunedì
al venerdì, per essere sempre
aggiornati e informati.

www.quotidianosanita.it

OGNI GIORNO SUL WEB TUTTA LA SANITÀ CHE CONTA

UN'INIZIATIVA

QSe

Quotidiano
Sanità
edizioni



ACCESSO
LIBERO
GRATUITO
E SENZA
LIMITI

La Colazione: Non Solo Questione Di Nutrienti

Di Angie Jefferson, dietista professionista

Il famoso detto secondo cui **"la colazione è il pasto più importante della giornata"** è supportato da una grande quantità di ricerche scientifiche.¹ Tuttavia, pur essendo a conoscenza dei suoi benefici, circa un italiano su dieci salta regolarmente la colazione^{2,3} e soltanto un terzo della popolazione italiana consuma un pasto mattutino adeguato dal punto di vista nutrizionale.^{2,4} Le sostanze nutritive non assunte saltando la colazione spesso non sono compensate durante il resto della giornata.² Il presente articolo analizza le recenti ricerche riguardanti colazione e benessere e riassume in che modo ogni famiglia può rendere la colazione l'inizio ottimale di ogni giornata.

SALTARE LA COLAZIONE ABITUALMENTE HA UN IMPATTO NEGATIVO SUL BENESSERE FISICO E MENTALE²

Il motivo per cui è importante fare colazione è chiaro: essa fornisce nutrienti essenziali, ci rende più vigili, aiuta a gestire il peso corporeo e a rimanere in buona salute, migliora le prestazioni cognitive e il rendimento scolastico.

La colazione: un pasto sociale

Visto il frenetico stile di vita del giorno d'oggi, per molte famiglie la colazione può rappresentare l'unica occasione utile per mangiare assieme. La condivisione dell'ora dei pasti ha un impatto significativo sulla comunicazione e sulle dinamiche famigliari, sullo sviluppo di sane abitudini alimentari nei

bambini, e aiuta anche a migliorare l'apprendimento e le prestazioni scolastiche.⁵ A Pavia, un alunno di scuola elementare su quattro afferma di fare colazione da solo, e soltanto uno su tre parla con la propria famiglia durante la colazione.³ Ogni mattina condividere la colazione con la propria famiglia potrebbe apportare dei vantaggi che vanno ben oltre alla semplice carica di energia utile per affrontare la giornata.

La colazione nutre il corpo e la mente

La colazione migliora le prestazioni fisiche e mentali di bambini e adulti.^{2,6} Infatti, un recente sondaggio condotto tra 508 insegnanti italiani di scuola primaria e secondaria ha rilevato che saltare la colazione ha ripercussioni sulle prestazioni dei bambini: il 76% degli insegnanti nota che i bambini che non consumano la colazione hanno prestazioni inferiori; il 54% degli insegnanti afferma che mostrano problemi di concentrazione e il 38% che sono meno attivi in classe.⁷ Gli studi supportano le osservazioni degli insegnanti. Ad esempio, rispetto a coloro che saltano la colazione, quelli che la fanno regolarmente riescono a selezionare con maggiore efficacia le informazioni fondamentali durante le attività di risoluzione dei problemi,⁸ ottengono risultati migliori nei compiti matematici e creativi⁹ e dimostrano maggior accuratezza in vari test cognitivi.¹⁰

Il contributo nutrizionale dei cereali per la prima colazione

Secondo recenti ricerche, i cereali per la colazione rappresentano una valida scelta nutrizionale tra le alternative disponibili.¹¹ Molti cereali sono fortificati, così da fornire vitamine e minerali essenziali come vitamina D, B e ferro. Se uniti al latte, apportano



ulteriori nutrienti come calcio e proteine (cfr. Tabella 1).

Nel Regno Unito, i cereali per la colazione forniscono circa il 20% dell'apporto medio quotidiano di acido folico, ferro e vitamina D di un bambino, mentre costituiscono soltanto il 2% dell'apporto di grassi, il 7% di zuccheri (zuccheri estrinseci non del latte) e il 4% dell'apporto medio di sodio.¹² La potenziale importanza di una semplice ciotola di cereali non deve essere sottovalutata, dal momento che i bambini e i giovani adulti italiani (tra i 4 e i 18 anni) hanno un basso apporto di vitamina D¹³ rispetto alla dose consigliata di 15 µg al giorno.¹⁴

I vantaggi della colazione

I vantaggi nutrizionali della colazione per adulti e bambini sono ampiamente riconosciuti, e numerosi studi documentano il fatto che chi fa colazione regolarmente segue un'alimentazione più equilibrata rispetto a chi la salta.^{1,2,11,15}

I soggetti che fanno colazione, e soprattutto che consumano cereali per la prima colazione regolarmente, tendono ad avere un apporto superiore di carboidrati e fibre,

un minor apporto di grassi e hanno più probabilità di raggiungere un adeguato apporto di vitamine e minerali,^{2,15} tendono a essere più magri^{16,17} e hanno valori del colesterolo più bassi.^{2,18} Studi recenti su uomini, donne e giovani adulti suggeriscono che i soggetti che fanno regolarmente colazione hanno meno possibilità di sviluppare patologie cardiache e diabete.^{19,20,21}

Una buona colazione per iniziare bene la giornata

Fonti ufficiali consigliano di rendere la colazione parte integrante di una dieta varia ed equilibrata,² consumando un pasto che fornisca il 15-20% delle calorie totali giornaliere, nonchè proteine, fibre, grassi, zuccheri, sodio, vitamine e minerali.²² Una ciotola di latte e cereali è facile da preparare e da mangiare, ed è gradita alla maggior parte della famiglia; è inoltre una scelta nutrizionalmente valida. Considerato quanto sia diffusa tra la popolazione l'abitudine di saltare questo pasto, l'invito a consumare ogni giorno una colazione sana ed equilibrata dovrebbe rientrare necessariamente in tutte le linee guida nutrizionali.

Consigli per una colazione equilibrata:

- Cercare di abbinare alimenti a base di cereali con latte e derivati (ad es. yogurt) e una porzione di frutta²
- Alimenti a base di cereali come cereali per la colazione, pane o biscotti secchi sono un'ottima scelta. Acquistare cereali per la colazione che contengano vitamine e minerali può aiutare a raggiungere la dose giornaliera consigliata
- Frutta: ove possibile, preferire frutta fresca o succo di frutta fresca. Se non disponibili, scegliere succhi di frutta non zuccherati

Tabella 1: Valori nutrizionali di tre comuni proposte per la colazione

	Cereali, latte e un frutto	Biscotti, latte e un frutto	Fette biscottate, latte e un frutto
	Corn flakes (30 g) Latte scremato (125 ml) 1 mela (150 g)	Biscotti (secchi) (50 g) Latte scremato 1 mela (150 g)	Fetta biscottata (40 g) Marmellata (30 g) 1 mela (150 g)
Energia	223 kcal/938 KJ	322 kcal/1353 KJ	287 kcal/1203 KJ
Proteine	6,4 g	7,7 g	4,7 g
Grassi	2,1 g	5,8 g	2,4 g
Carboidrati di cui zuccheri*	47,5 g 24,4 g	63,7 g 30,4 g	65,5 g 33,5 g
Sodio	825 mg	513 mg	9 mg
Ferro	1,0 mg	0,6 mg	1,9 mg
Calcio	172 mg	161 mg	27 mg

*Include zuccheri naturali del latte e della frutta e zuccheri aggiunti

Fonti:

- Affinita A et al (2013) Breakfast: a multidisciplinary approach. *It J Pediatrics* 39: 44
- Maragoni F et al (2009) A consensus document on the role of breakfast in the attainment and maintenance of health and wellness. *Acta Biomed* 80: 166-171
- Turconi G et al (2015) What are children's breakfast habits and how is breakfast meal perceived by them? A study carried out in Pavia, Northern Italy. *J Nutr Health Sci* 2: 201
- Okkio Alla Salute (2015) Risultati consultabili online sul sito <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>
- Hamilton SK & Wilson JH (2009) Family mealtimes - worth the effort. *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition* 1: 346-350
- Hoyland A et al (2009) A systematic review of the effects of breakfast on the cognitive performance of children and adolescents. *Nutrition Research Reviews* 22: 220-243
- Kellogg's Breakfast research (2014) - Teacher Track, condotta da "Opinion Matters"
- Pollitt et al (1982) Fasting and cognitive performance. *Journal Psychiatric Research* 17: 169-174
- Wyon DP et al (1997) An experimental study of the effects of energy intake at breakfast on the test performance of 10 year old children in school. *International Journal Food Science and Nutrition* 48: 5-12
- Cooper SB et al (2011) Breakfast consumption and cognitive function in adolescent schoolchildren. *Physiol Behav* 103: 431-439
- Papoutsou S et al (2014) The combination of daily breakfast consumption and optimal breakfast choices in childhood is an important public health message. *Int J Food Sci Nutr*. 2014 May;65(3):273-9. doi: 10.3109/09637486.2013.854750. Epub 2014 Feb 11.
- Bates et al (2014) National Diet and Nutrition Survey Headline results from Years 1,2,3 and 4 (combined) of the Rolling Programme (2008/2009 - 2009/2012). Accessibile online da agosto 2014 su: <https://www.gov.uk/government/publications/national-diet-and-nutrition-survey-results-from-years-1-to-4-combined-of-the-rolling-programme-for-2008-and-2009-to-2011-and-2012>
- Spiro A & Buttriss JL (2014) Vitamin D: An overview of vitamin D status and intake in Europe. *Nutrition Bulletin* 39: 322-350
- Livelli di Assunzione di Riferimento di nutrienti ed energia per la popolazione italiana (LARN 2014)
- Affinito SG et al (2013) Ready-to-eat cereal consumption and the School Breakfast Program: relationship to nutrient intake and weight. *J Sch Health* 83: 28-35
- Panagiotakos DB et al (2008) Breakfast cereal is associated with a lower prevalence of obesity among 1-12 year old children: the PANACEA study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 18: 606-612
- De la Hunty et al (2013) Does regular breakfast cereal consumption help children and adolescents stay slimmer? A systematic review and meta-analysis. *Obes Facts* 6: 70-85
- Albertson Am et al (2009) The relationship of ready-to-eat cereal consumption to nutrient intake, blood lipids and body mass index of children as they age through adolescence. *J Am Diet Assoc* 109: 1557-1565
- Cahill LE et al (2013) Prospective study of breakfast eating and incident coronary heart disease in a cohort of male US health professionals. *Circulation* 128: 337-343
- Mekary RA et al (2013) Eating patterns and type 2 diabetes risk in older women: breakfast consumption and eating frequency. *Am J Clin Nutr* 98: 436-443
- Odegaard AO et al (2013) Breakfast frequency and development of metabolic risk. *Diabetes Care* 36: 3100-3006
- INRAN Linee Guida italiane per una sana alimentazione italiana (2003)

La gestione dei percorsi dei pazienti cronici in Lombardia: la sperimentazione CReG

Davide Lauri

Mmg, presidente Cooperativa Medici Milano Centro (CMMC), Fimmg Milano

Gabriella Levato

Mmg, coordinatore medico Cooperativa Medici Milano Centro (CMMC), Fimmg Regione Lombardia

Clea De Luca

Data Analyst, Staff Direzione Operations, Telbios s.r.l.



Negli ultimi decenni abbiamo assistito, in Italia e nei Paesi Occidentali in generale, ad un incremento progressivo dell'età media della popolazione e a un aumento dell'incidenza delle patologie croniche. Questo ha portato ad un aumento dei costi che il Sistema Sanitario deve sostenere per rispondere ai bisogni di quella fascia di popolazione affetta da una o più patologie croniche. A risorse economiche finite, il sistema sanitario nazionale e quindi anche quello regionale, deve pensare a una strategia perché la risposta sia equa e garante dell'offerta tipica delle cure primarie (accesso all'assistenza, continuità delle prestazioni tra i professionisti e nel tempo, promozione della salute, prevenzione primaria e secondaria, cura, riabilitazione). Regione Lombardia, nella delibera regionale delle regole di dicembre 2010, seguita da ulteriori delibere, propone il modello CReG per gestire il problema dell'assistenza dei pazienti con patologie come il diabete mellito, l'ipertensione arteriosa, lo scompenso cardiaco e la bronchite cronica ostruttiva.

Il modello

Il Modello CReG è un modello sperimentale, innovativo, di Regione Lombardia, atto a migliorare la gestione clinica-organizzativa delle patologie croniche e a garantire la corretta erogazione di tutti i servizi extraosped-

dalieri previsti da appositi percorsi di cura. La sperimentazione nata su cinque ASL (Bergamo, Como, Lecco, Milano e Milano 2) quest'anno ha visto il coinvolgimento di altre cinque ASL (Cremona, Milano 1, Monza e Brianza, Sondrio e Varese).

La gestione dei diversi aspetti in cui si articola l'assistenza sanitaria del paziente viene affidata ad un unico soggetto gestore denominato "provider", che potrà essere un medico o un'organizzazione di medici di Medicina Generale (mmg), una Onlus, una Fondazione, un'Azienda Ospedaliera o una Struttura Sanitaria accreditata sia intra- che extra-ospedaliera. Il soggetto scelto dovrà coordinare tutti gli attori coinvolti nella gestione della patologia, gestire virtualmente le risorse messe a disposizione e garantire le necessarie competenze di tipo amministrativo, organizzativo e gestionale.

In realtà, almeno inizialmente, non era stato previsto che il soggetto gestore del CReG fosse in primis ed esclusivamente il mmg. Questo lo si evince da quanto scrive Regione Lombardia nella delibera del dicembre 2010: "... *La realtà dei fatti ha dimostrato che l'attuale organizzazione delle cure primarie manca, in termini complessivi, delle premesse contrattuali e delle competenze cliniche ge-*

stionali ed amministrative richieste ad una organizzazione che sia in grado di garantire una reale presa in carico complessiva dei pazienti cronici al di fuori dell'ospedale.....". È, a partire dalla sfida ricompresa in tutte queste premesse e dal rischio di vedere il mmg emarginato dal ruolo di protagonista nella cura dei propri pazienti cronici, che la Fimmg si schiera apertamente a favore del progetto e supporta la partecipazione dei suoi medici, rivendicando alla Medicina Generale il diritto di prelazione come gestore del CReG. Tale richiesta è stata accolta da Regione Lombardia che ha riservato esclusivamente ai mmg la prima fase del bando per l'assegnazione del ruolo di Provider CReG nelle diverse ASL.

Elementi costitutivi

Elementi costitutivi del Modello CReG sono la stesura di piani di cura individuali (PAI), il monitoraggio attivo e il re-call dei pazienti. La discontinuità di gestione del paziente cronico, che si può verificare durante il processo di cura tra l'ospedale, la medicina specialistica e la medicina di famiglia, rappresenta una delle maggiori criticità che può compromettere l'efficienza e l'efficacia della cura, con dupli-

segue a pag. 20

Kellogg's®

Vitamina D



Vitamine B
e ferro

B+

Latte e cereali, si sa, sono elementi **importanti** del fabbisogno nutrizionale dei bambini¹



**Insieme, latte e cereali forniscono 5 nutrienti chiave
che favoriscono funzioni essenziali dell'organismo**

✓ **6 vitamine del gruppo B**

I cereali Kellogg's contengono vitamina B1, B2, B6, B12 e niacina, che aiutano a trasformare il cibo in energia. Questi cereali contengono anche acido folico, che aiuta a combattere la stanchezza e l'affaticamento.

✓ **Ferro**

Il ferro è importante per la crescita ed è stato dimostrato che contribuisce alla normale funzione cognitiva.

✓ ✓ **Calcio e vitamina D**

Il latte è un'importante fonte di calcio e i cereali Kellogg's sono una fonte di vitamina D. Calcio e vitamina D sono necessari per una crescita sana e un corretto sviluppo delle ossa.

✓ **Proteine**

Le proteine svolgono un ruolo importante nello sviluppo e nel mantenimento della muscolatura.



I cereali Kellogg's comprendono Miel Pops, Rice Krispies, Frosties e Corn Flakes. Tutti questi cereali contengono più del 15% dei valori nutritivi di riferimento di ferro, niacina, acido folico, vitamine B1, B2, B12 e D. Il latte parzialmente scremato fornisce più del 15% dei valori nutritivi di riferimento di calcio e più del 12% di energia ricavata dalle proteine. Da consumare come parte di una alimentazione varia e bilanciata, accompagnata da uno stile di vita sano.

Referenze: 1. Hennessy A. et al. (2013) The impact of voluntary food fortification on micronutrient intakes and status in European countries: a review. Proc Nut Soc 72(4), 433-40.

segue da pag. 18

cazione di prestazioni e dispendio di risorse. Il piano di cura individuale viene steso da parte del medico di Medicina Generale tenendo conto dei percorsi di appropriatezza diagnostico-terapeutica ed assistenziale (PDTA) condivisi tra i vari operatori del Sistema Sanitario delle prestazioni storiche del singolo paziente arruolato per garantire la continuità delle cure e prevenire le riattivazioni.

La gestione ed il monitoraggio dei percorsi, il re-call sui pazienti, la telemedicina, il telemonitoraggio e il reporting (debito informativo, aderenza e customer) verso ASL e Regione Lombardia sono le attività del centro servizi di cui i medici di Medicina Generale si sono dotati.

La complessità dei servizi richiesti al provider (Tabella 1), ha fatto nascere delle partnership tra le Cooperative provider e società di servizi (partner tecnologici, sub-fornitori) per realizzare insieme le competenze e gli strumenti necessari allo svolgimento del progetto.

In totale in Lombardia hanno aderito al progetto CReG circa 450 medici di famiglia e sono stati arruolati circa 65.000 pazienti.

Progetto “Buongiorno CReG”

La Cooperativa Medici Milano Centro (CMMC), la cooperativa Iniziativa Medica Lombarda (IML) e la cooperativa MMG-CReG partecipano alla sperimentazione con

il progetto “Buongiorno CReG” che vede come partner tecnologico Telbios, società di servizi orientata alla telemedicina.

Si è svolto a Milano l’11 giugno scorso il convegno “Buongiorno Salute” dove sono stati presentati i primi risultati del progetto “Buongiorno CReG”, parte rilevante di tutta la sperimentazione lombarda.

In questo momento sono 28.838 i pazienti attivi nel progetto “Buongiorno CReG” e 273 i medici di medicina generale coinvolti (Fig. 1).

Il progetto tecnico si basa essenzialmente sull’informazione/formazione al medico ed al paziente e sull’attività del centro servizi che utilizza una piattaforma informatica per gestire i piani assistenziali individuali (PAI) redatti dal medico. La piattaforma informatica è stata pensata per integrare i dati provenienti dai software dei medici di medicina generale con quanto proviene dal SISS, il sistema informatico di Regione Lombardia. I PAI redatti sono mensilmente spediti ad ASL/Regione come debito informativo. Attività del centro servizi è il monitoraggio del progetto con la produzione di report interni, l’analisi dei dati sia per il governo del progetto che per eventuali pubblicazioni scientifiche. Sulla piattaforma informatica arrivano e possono essere consultati tutte le prestazioni eseguite in telemedicina e tutti i parametri vitali registrati con il telemonitoraggio domiciliare.

Il progetto si è dotato di quattro organismi di coordinamento: il comitato di coordinamento, il comitato dei coordinatori medici, gruppi tecnici per rispondere a criticità emerse e il comitato scientifico costituito da specialisti cardiologi, pneumologi, diabetologi e dai medici di medicina generale e dal direttore operativo e sanitario di Telbios. Il comitato scientifico ha licenziato le linee di indirizzo delle quattro principali patologie croniche e ha il compito di fare il disease management oltre a vagliare eventuali progetti di ricerca.

Elementi costitutivi del progetto sono: la stesura dei piani di cura sui PDT consigliati, il monitoraggio attivo e il re-call dei pazienti arruolati, la formazione/informazione sui medici, sui pazienti e sui caregiver, la telemedicina ed il telemonitoraggio.

La gestione del percorso del paziente arruolato dimostra la presa in carico del paziente stesso che viene edotto sul progetto, firma il consenso informato e viene quindi arruolato.

Regione Lombardia ha fornito alle ASL e queste ad ogni medico l’elenco dei pazienti da arruolare. Ad ogni paziente è stata attribuita un classe CReG che lo caratterizza.

La classe CReG in cui l’ipertensione arteriosa è la classe CReG principale è quella più rappresentata (Fig.2).

Tabella 1 - Requisiti organizzativi richiesti ai soggetti gestori/provider per l’affidamento della gestione del CReG

L’Ente Gestore/Provider deve dotarsi di competenze e di strumenti specifici, che vengono di seguito indicati:

PERSONALE: il Provider per la gestione del progetto si avvale di personale operante con profilo tecnico sanitario. Il Provider definisce e certifica il piano di formazione annuale del personale operante.

COORDINATORE MEDICO: il Provider individua una figura responsabile del governo clinico complessivo delle attività.

CASE MANAGER: il Provider garantisce la disponibilità di un responsabile del caso clinico.

CENTRO SERVIZI - CALL CENTER: il Provider si avvale di un centro servizi che assicura la propria funzionalità per 12 ore/die per 365 giorni l’anno con adeguata tecnologia (quali-quantitativa) e con codificata modalità di gestione della documentazione comprovante l’attività

sanitaria svolta. Definisce le modalità di relazione con il cittadino che contatta il Centro Servizi (Call Center). Fornisce al cittadino una scelta appropriata di servizi in risposta al bisogno espresso dall’assistito, illustrandone modalità di fornitura. Garantisce first and second opinion specialistica legata alle evenienze cliniche o emergenze del percorso di cura descritto nei PDT.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE/SSU.EM118: il Provider assicura un raccordo con CA/SSU.Em118.

PERCORSO SANITARIO: il Provider deve:

- assicurare una corretta compliance del farmaco, una corretta fornitura e gestione delle apparecchiature medicali anche al domicilio del paziente,

garantendo una corretta formazione per l’uso delle stesse (presenza di procedura), rispetto alla patologia ed al suo profilo di cura;

- definire procedure ed indicatori di valutazione della qualità del servizio erogato.

RAPPORTO CON STRUTTURE SPECIALISTICHE: il Provider assicura attraverso accordi con i soggetti erogatori (AAO, strutture di specialistica ambulatoriale pubbliche e private) un corretto accesso del paziente in relazione alle necessità riscontrate ed ai tempi di attesa.

CUSTOMER SATISFACTION E SERVIZIO RECLAMI: il Provider elabora idoneo questionario atto alla somministrazione della Customer Satisfaction dei propri utenti circa il servizio erogato; ne definisce

modalità di somministrazione, raccolta ed elaborazione. Il Provider attiva un servizio di raccolta e gestione del reclamo.

PRIVACY: il Provider evidenzia le modalità di tutela della privacy degli assistiti arruolati nel CReG.

FORMAZIONE: il Provider definisce un piano di formazione coerente con il profilo e le funzioni assegnate al personale coinvolto nel progetto.

SISTEMA INFORMATICO E INFORMATIVO: il Provider definisce le modalità di gestione della documentazione sanitaria degli assistiti. Definisce gli elementi tecnici dell’ERP e individua le modalità di raccordo con la cartella clinica degli MMG. Definisce modalità di gestione degli ALLERT.

Figura 1 - Il progetto "Buongiorno CReG"



Figura 2 - Distribuzione dei pazienti secondo le classi CReG

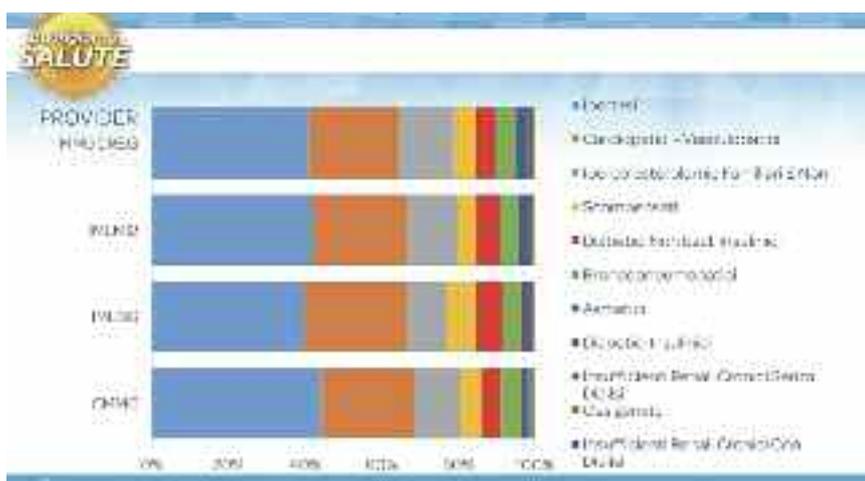
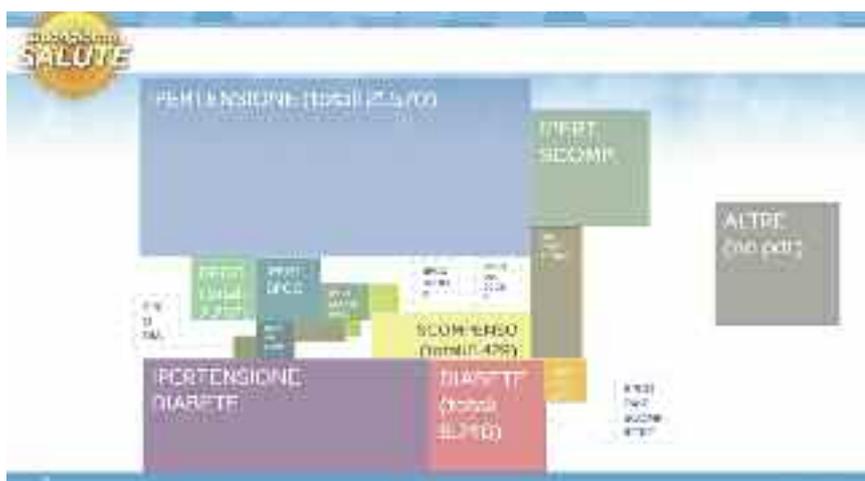


Figura 3 - Distribuzione dei pazienti secondo i MMG



La popolazione dei pazienti CReG è per più del 70% rappresentata da soggetti con età superiore ai 65 anni.

Piani di cura

I piani di cura vengono redatti dal medico di Medicina Generale direttamente sulla web application GESPRO. Il medico sceglie, in base alla classe CReG

del paziente e alla conoscenze cliniche che egli ha, il o i PDT da cui partire per redigere i piani di cura.

Nel 93% dei casi i medici utilizzano il PDT come base per il piano di cura e su questo operano delle modifiche secondo le necessità cliniche del paziente.

Il 97% dei pazienti arruolati ha un piano di cura.

SPERIMENTAZIONE CREG

Così facendo il medico che redige il piano di cura fornisce diverse informazioni cliniche: di quali patologie croniche il paziente soffre, la gravità delle patologie croniche e quanto la classe CReG di Regione corrisponde allo stato di salute del paziente (Fig.3).

21.570 sono i soggetti che soffrono di ipertensione arteriosa arruolati nel progetto "Buongiorno CReG", 8.746 i diabetici, 5.429 quelli che sono affetti da scompenso cardiaco e 2.262 quelli che soffrono di bronchite cronica ostruttiva.

Il confronto della distribuzione dei pazienti secondo classe CReG con la distribuzione secondo il mmg porta a evidenziare una discrepanza soprattutto per i pazienti BPCO e diabetici.

Aderenza ai piani di cura

Il 66,16% dei pazienti esegue tutte le prestazioni presenti nel piano di cura, il 15,01% non tutte.

Il 93% dei pazienti consegna gli esiti al proprio medico e solo lo 0,3% consegna gli esiti solo allo specialista.

Telemedicina

Le prestazioni di diagnostica di primo livello presenti nel piano di cura vengono eseguiti in telemedicina.

ECG, emoglobina glicata, INR, spirometria semplice, saturimetria oltre a holter ECG e holter pressorio sono eseguibili in telemedicina.

La mancanza di tariffazione e riconoscimento economico di tali prestazione rende difficoltoso il loro decollo anche se dall'inizio del progetto il numero di prestazioni erogate è sicuramente aumentato.

Telemonitoraggio domiciliare

Sono 108 i pazienti arruolati nel progetto CReG che hanno usufruito del telemonitoraggio domiciliare (Fig. 4). È stato costruito un algoritmo che ha permesso la stratificazione di complessità clinica dei pazienti arruolati all'interno del progetto "Buongiorno CReG". Il medico di medicina generale dei pazienti da telemonitorare ha confermato la diagnosi e in base a questa sono stati scelti i device da utilizzare, ha stilato un piano di telemonitoraggio settimanale e ha verificato le soglie dei parametri vitali su cui generare gli alert. Il mmg modifica il piano di telemonitoraggio e le soglie a

seconda dei bisogni dei pazienti telemonitorati. A seconda dei valori dei parametri registrati il medico modifica la terapia ed il piano di cura del paziente.

Il centro servizi contatta periodicamente il paziente per monitorare il livello di partecipazione al progetto, conoscere la percezione dei pazienti sui servizi erogati, verificare il cambiamento in atto nel rapporto medico paziente. Il 66,6 % dei pazienti concorda che la partecipazione al progetto migliora il suo stato di salute, il 26,9% non ha opinione al riguardo. Il 74,77% ritiene utile sul proprio stato di salute, l'attività del centro servizi.

Il 72,97 % ritiene il personale del centro servizi professionale

Il 66,3 % dei pazienti che contattano il centro servizi ottiene una risposta soddisfacente.

Il 65,8% dei pazienti ha partecipato al progetto per la fiducia che ripone nel suo medico di famiglia.

Indicatori di progetto

All'interno del progetto "Buongiorno CReG" sono stati individuati indicatori clinici per valutare la reale presa in carico dei pazienti arruolati quali il valore di PA, l'emoglobina glicata e il colesterolo LDL nei pazienti a rischio cardiovascolare che rappresentano la quasi totalità dei pazienti. Per questi valori si registra un trend positivo dall'inizio del progetto anche se non statisticamente significativo. Si sono considerati solo quei pazienti per cui si aveva almeno una rilevazione per ogni anno. Il numero di pazienti a target era già alto all'inizio del progetto e si è mantenuto stabile.

Nel "Buongiorno CReG" si è evidenziato un effetto trascinalamento per quei pazienti non arruolati ma assistiti da medici di Medicina Generale partecipanti al progetto i cui valori di PA, emoglobina glicosilata e colesterolo LDL presentano un trend migliorativo.

Regione Lombardia ha presentato risultati incoraggianti sui ricoveri e gli accessi in pronto soccorso che risultano ridotti nei pazienti arruolati nel progetto

La Tariffa CReG

Per ogni cluster definito di patologia o pluripatologie (Classe CReG) è assegnata una tariffa.

Il valore economico della tariffa viene definito da algoritmi che, essenzialmente, si basano sui consumi storici (specialistica ambu-

litoriale, diagnostica, farmaceutica e protesica minore) calcolabili sui dati della Banca Dati Assistito (BDA) di Regione Lombardia. Il modello CReG è un progetto definito ad isorisorse in cui i costi di gestione e avviamento sono ricompresi nella tariffa CReG. Ad ogni Provider (cooperativa di medici di Medicina Generale), in caso di gestione positiva viene corrisposto su base annua il delta di tariffa. Il delta di tariffa viene calcolato sulla base della differenza della tariffa virtuale e i consumi e questo per tutti i pazienti arruolati. Il riconoscimento del delta di tariffa è legato anche al raggiungimento di risultati come per esempio il raggiungimento dell'aderenza ai piani di cura.

Conclusioni

La sperimentazione CReG si è rilevata, come atteso, un progetto complesso con cui la Medicina Generale si è messa in gioco e si è resa misurabile investendo su un modello di medicina di iniziativa e di prossimità, facendo proprio e applicando il concetto di "governance", promuovendo l'aggregazione e il lavoro in team con il coinvolgimento di altre figure professionali, utilizzando tecnologie innovative come la telemedicina e il telemonitoraggio, costruendo un gestionale dei percorsi sanitari che possono e devono essere integrati con quelli sociali, partecipando a progetti europei.

Il progetto CReG ha spinto, come si è detto, a rendere la Medicina Generale misurabile.

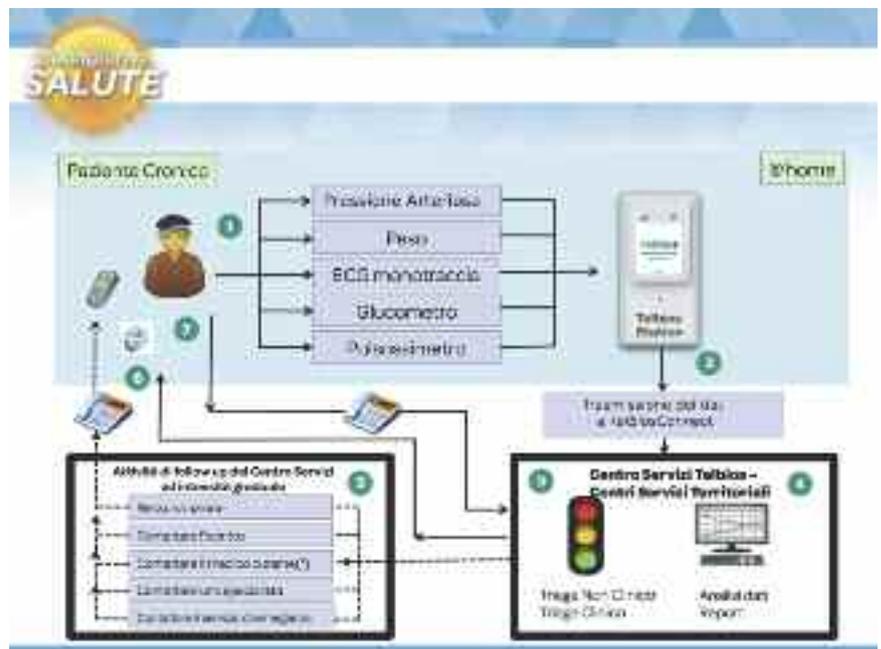
Le reti come HealthSearch, Rete UNIRE, MySearch e non ultima NETMEDICA sono rappresentative di quei medici di medicina generale che in modo volontario svolgono audit e sono poco allineati alla media dei medici di medicina generale. Sicuramente ci sono margini di miglioramento.

La maggior criticità si è avuta sui flussi di dati di dettaglio su prestazioni e farmaci erogati che Regione Lombardia non ha mai fornito con puntualità e questo non ha permesso di fare governance in modo completo. Altre criticità sono la scarsa condivisione del progetto con gli specialisti, la mancanza di integrazione con ADI e quindi con il sociale, la poca disponibilità della Medicina generale ad affrontare il cambiamento e le scarse risorse economiche.

Il progetto CReG ha permesso il passaggio dalla medicina d'attesa alla medicina d'iniziativa.

Il concetto di piano di cura e di fondamentale importanza. Il piano di cura redatto dal proprio medico e condiviso con il paziente oltre a valorizzare l'atteso permette una forte alleanza tra medico e paziente e responsabilizza il paziente sul proprio stato di salute.

Figura 4 - Telemonitoraggi



Le strutture socio-sanitarie e i nuovi modelli organizzativi delle Cure Primarie

Dall'integrazione una opportunità per la Medicina Generale

Fabio Bono
Fimmg Parma - Presidente SIEMG

In Italia vi sono circa 280.000 posti letto per l'assistenza socio-sanitaria a persone con età superiore ai 65 anni e con polipatologie, posti suddivisi in circa 7.900 strutture.

Circa l'84% di queste strutture offre una assistenza sanitaria medio alta ad autosufficienti e non.

Nelle regioni del Nord l'offerta risulta superiore rispetto al Centro-Sud, con medie al Nord di 9,5 posti letto per 1.000 abitanti.

In molte di queste strutture il governo sanitario è stato per anni assicurato dai medici di Medicina Generale, mal retribuiti, spesso con scarse risorse organizzative e gestionali. In questi anni, tuttavia, quelli che erano luoghi spesso dimenticati dai più, hanno cominciato un importante percorso evolutivo per divenire strutture orientate alla gestione delle multipatologie della quarta età. L'accreditamento delle strutture ha consentito di formulare ben precisi mandati ed obiettivi di qualità e, in questo contesto, il personale ha potuto sviluppare un solido sentimento di appartenenza che, nella cronica carenza di risorse economiche e di sottostimati rapporti personale/degenti, ha consentito di raggiungere risultati gestionali insperati.

Circa il 15% dei medici di Medicina Generale opera in queste strutture come medico di diagnosi e cura e molti altri vi accedono per seguire i propri pazienti con lo strumento delle ADR.

Nonostante il ruolo fondamentale della Medicina Generale nelle strutture socio-sanitarie non si è mai costruito un percorso che integrasse entrambe nella organizzazione delle Cure Primarie.

La possibile motivazione di questa carenza la si può ricercare nella falsa idea che le "case di riposo" siano delle strutture prevalentemente sociali ma, in questi ultimi anni, la tipologia degli utenti delle strutture socio-sanitarie è molto cambiata per gravità ed intensità di cura, in funzione dei cambiamenti organizzativi introdotti nel sistema sanitario. L'aumento dell'offerta dei servizi assistenziali e sanitari, rivolti alla domiciliarità, ha

ulteriormente selezionato gli utenti, consentendo a molti di loro di rimanere, giustamente, al proprio domicilio e riservando solamente ai pazienti più complessi i posti nelle strutture socio-sanitarie.

A questo si è aggiunta la forte diminuzione dei posti letto ospedalieri, con la conseguente diminuzione della durata dei ricoveri e la necessità di allocare in percorsi differenziati, ed extra ospedalieri, una serie di patologie che non possono essere gestite a domicilio, pur non richiedendo l'intensità di cura tipica degli ospedali per acuti.

Passati i tempi dell'ottimizzazione dell'uso delle risorse e giunti quelli dei tagli veri e propri, se si vuole tentare realmente di mantenere i livelli di servizio, non resta che sperimentare nuovi modelli assistenziali a più bassi costi di struttura.

In tal senso le strutture socio-sanitarie, integrate nei modelli delle AFT-UCCP, potranno essere un importante strumento per migliorare il governo delle patologie a gestione territoriale.

Già ora, queste strutture sono divenute, nei fatti, delle "lungo degenze territoriali" con pazienti problematici, non gestibili a domicilio per il livello di complessità clinica e sociale. Le strutture socio-sanitarie hanno, a livello nazionale, una distribuzione capillare tale per cui potrebbero fornire una serie di servizi, non solo a pazienti cronici over 65 anni, ma a tutti i cit-

segue a pag. 29

**Nonostante il ruolo
fondamentale della Medicina
Generale nelle strutture
socio-sanitarie, non si è mai
costruito un percorso, che
integrasse entrambe nella
organizzazione, delle Cure
Primarie**

L'ipotiroidismo nell'anziano

L'ipotiroidismo in età geriatrica rappresenta una condizione molto prevalente, ma non univocamente definita, spesso misconosciuta in virtù delle modalità di presentazione e molto spesso non trattata

Raffaele Antonelli Incalzi

Clinico geriatra, Campus Biomedico, Roma

Evidenze epidemiologiche

Lo studio *Busselton Health Surveys* ha valutato l'andamento del TSH in una coorte di 1.100 soggetti a 45 e poi a 58 anni e rilevato una distribuzione del TSH comparabile, ma con un valore medio lievemente aumentato nella seconda misurazione (1). In particolare, l'incremento del TSH risultava inversamente proporzionale al TSH basale. Ad esempio ad un valore basale di 1-1.2 mU/l corrispondeva un incremento di 0.47 mU/l, ad un valore basale di 2.1 mU/l un incremento inferiore a 0.1 mU/l. Ciò suggerisce che esso dipenda da una ridotta bioattività o da un'alterazione età correlata del set point e non da patologia.

Lo studio NHANES III ha condotto un'osservazione su oltre 16.000 soggetti rappresentativi della popolazione generale a partire dall'età di 12 anni (2). In tale campione i soggetti di età compresa tra 70 e 79 anni erano 1.333, pari al 6.2%, mentre gli ultraottantenni erano 824, pari al 2.7%. La prevalenza di TSH >4.5 mU/l risultava pari al 6% tra i 40 e i 49 anni per salire al 7.7% tra 60-69, 15.1% tra 70 e 79, 14.5% oltre gli 80. Tali percentuali, nella popolazione priva di anticorpi anti Tireoperossidasi (TPO), risultavano sensibilmente minori, ma in marcato aumento in funzione dell'età, passando da 2.4% tra 40 e 49 anni a 12% oltre gli 80 anni. Il valore medio di TSH nella popolazione priva di autoanticorpi aumentava da 1.64mU/l a 49 anni a 2.44 mU/l a oltre 80 anni, ma il 97.5° percentile, che definisce il limite estremo superiore della norma, passava da 3.82 mU/l a 7.49mU/l. Questi dati documentano chia-

ramente che anche in assenza di autoanticorpi l'età si associa con un consistente aumento del TSH circolante. In apparente contrasto con tale osservazione è il riscontro di un moderato calo del TSH medio nei centenari rispetto agli anziani (3). Tale reperto, però, potrebbe riflettere una superselezione biologica oppure la ridotta numerosità dei centenari medesimi. Pertanto la complessiva evidenza epidemiologica appare univoca. Il fatto che le curve di distribuzione del TSH per fasce di età crescenti siano comparabili per forma e semplicemente tendano a slittare verso destra depone per un normale incremento del TSH (2). Un aumento dei casi di ipotiroidismo causerebbe infatti una tendenza alla bimodalità della curva o, almeno, una evidente asimmetria delle branche della medesima. Ne consegue che la stima del TSH nell'anziano deve tener conto di standard di normalità età specifici, laddove analogo problema non si rileva per gli ormoni periferici.

Sick Euthyroid Syndrome

Proprio lo studio dei centenari ha documentato che la fT4 tende ad aumentare leggermente rispetto nell'adulto, la fT3 a diminuire leggermente e la rT3 ad aumentare nettamente (3). Tale fenomeno, tipico dell'invecchiamento, è legato ad uno squilibrio selettivo tra le deiodinasi. Si verifica infatti una ridotta conversione di T4 in T3 nei tessuti periferici e nell'ipotalamo per ridotta attività delle deiodinasi I e II, a fronte di un'aumentata conversione in rT3 ad opera della deiodinasi III. Tale pattern va distinto da quello, solo per certi versi

analogo, che caratterizza la Sick Euthyroid Syndrome ovvero *non thyroidal illness* (NTI), la quale è una condizione tipica del paziente anziano. Essa infatti è legata all'effetto di vari mediatori biologici sui processi metabolici della T4. In particolare citochine pro-infiammatorie (IL1, IL6, TNS α) sono implicate nella NTI in numerose condizioni infettive, infiammatorie e neoplastiche. Anche la riduzione della leptina, propria della malnutrizione, può ridurre la secrezione ipotalamica di TRH. Infine i glucocorticoidi endogeni, risposta allo stress, e quelli esogeni, possono sopprimere il rilascio ipofisario di TSH, e la dopamina, usata a scopo terapeutico, può contribuirvi. Si comprende quindi quanto numerose siano le condizioni associate con NTI: malnutrizione, sepsi, ustioni, neoplasie, infarto, chirurgia maggiore, epatopatie e nefropatie croniche.

Il pattern della NTI è caratterizzato dall'aumento della rT3 e ridotta fT3, come nella fisiologica evoluzione "età correlata", ma, a differenza di quest'ultima, presenta riduzione del TSH e variabile andamento dell'fT4. Sempre ridotti sono i va-



lori totale di T3 e T4. Ad un valore di T4 < 26 nM/l corrisponde una mortalità dell'80% (5).

Alla base della NTI sono una ridotta secrezione ipotalamica di TRH e ipofisaria di TSH, un ridotto binding proteico degli ormoni tiroidei ed uptake cellulare dei medesimi, nonché una diminuita attività della deiodinasi I ed espressione del recettore per gli ormoni tiroidei nel muscolo scheletrico. Il concomitante incremento di attività delle deiodinasi II e III giustifica il crollo della fT3 e l'incremento della rT3.

Prevalenza dell'ipotiroidismo nell'anziano

Gli studi sull'ipotiroidismo nell'anziano sono solo in parte confrontabili sia per la variabilità del disegno che, soprattutto, per i diversi criteri diagnostici di laboratorio. Infatti la soglia di TSH utilizzata oscilla tra 4 e 5 mU/l e anche quella di fT4 presenta non marginali differenze. Inoltre la definizione di ipotiroidismo subclinico non è univoca e le popolazioni studiate sono esposte ad un variabile rischio di carenza alimentare di iodio. Conviene, quindi, riferir-

si alla condizione di ipotiroidismo clinicamente manifesto per il quale, teoricamente, vi è un minor rischio di variabilità procedurale. In realtà anche questo, probabilmente in rapporto alla variabile carenza iodica oscilla nettamente tra 0,4% e 5,4% al di sopra di 65 anni. Possiamo quindi solo concludere che la prevalenza non è trascurabile, ma va rapportata alla popolazione di riferimento.

Di grande interesse è la dimostrazione del rischio di ipotiroidismo franco 20 anni dopo il riscontro di anticorpi anti TPO e/o TSH > 4,5 mU/l nel siero di persone adulte sane (2). Tale rischio, contrariamente a quanto si ritiene, è maggiore nei maschi (2). L'entità del rischio va pesata per la speranza di vita residua. Pertanto l'elevata prevalenza di autoanticorpi tra 70 e 79 anni (21,1%) verosimilmente predice meno casi incidenti di ipotiroidismo rispetto a quella, 16,9%, rilevata tra 50 e 59 anni nel NHANES (2).

Va pure considerato che fenomeni di interferenza immunologici, ad esempio da fattore reumatoide, la cui prevalenza aumenta in funzione dell'età e in assenza di ma-

lattia correlata, possono falsare il dosaggio del TSH, determinandone mediamente una sovrastima (4).

Le suddette problematiche di laboratorio, la difficoltà della diagnosi clinica nell'anziano e le recenti dimostrazioni di un vantaggio di sopravvivenza nell'anziano con TSH elevato, rendono molto incerte le indicazioni allo screening dell'ipotiroidismo nell'anziano (7). Infatti per altri versi esistono osservazioni, peraltro non univoche, in merito all'associazione tra ipotiroidismo subclinico e malattia coronarica, mentre pare ormai acclarato che non sussiste associazione tra ipotiroidismo subclinico e declino cognitivo nonché disabilità. Da ciò deriva la variabilità delle indicazioni relative allo screening dell'ipotiroidismo (8). Ad esempio il College of the American Pathologists lo raccomanda nelle donne con più di 50 anni ed almeno un sintomo. Tale indicazione può dare adito quasi ad uno screening a tappeto ove si consideri la varietà dei potenziali sintomi. Invece l'American Academy of family Physician lo raccomanda per tutti al di sopra dei 60 anni. Infine, l'US Institute of Medicine lo reputa improduttivo in età geriatrica. A rendere ancora più problematica la valutazione di opportunità di uno screening nell'anziano è la presenza di numerose condizioni interferenti con la misurazione del TSH in età avanzata (4).

Clinica dell'ipotiroidismo nell'anziano

La sintomatologia nell'anziano risulta scarsamente specifica e molto eterogenea. Ciò in rapporto da un lato agli effetti dell'età in sé e di altre patologie croniche e terapie farmacologiche sullo stato di salute, dall'altro all'accresciuta variabilità di espressione con l'età. Quest'ultima potrebbe dipendere da una certa eterogeneità nella responsività recettoriale. Ad esempio, una minore responsività del recettore per gli ormoni tiroidei TRb1, proprio del fegato e del rene, potrebbe spiegare un'espressione rappresentata soprattutto da insufficienza renale o segni di sofferenza epatica. Di conseguenza serve una notevole esperienza e conoscenza del ma-

segue a pag. 28

segue da pag. 25

lato, diretta o acquisita dal colloquio con il medesimo e i suoi parenti, per formulare il sospetto diagnostico di ipotiroidismo senon nei casi clinicamente eclatanti, che contano per un'esigua minoranza. Proprio la necessità di un'accurata conoscenza del paziente fa sì che il mmg sia la figura professionale con maggiori potenzialità diagnostiche.

Degna di attenzione, anche se controversa, è l'espressione clinica contro la regola, ad esempio aritmie ipercinetiche anziché ipocinetiche. La tabella riassume i sintomi e segni più comuni di carattere generale e raggruppati per organi e apparati. È evidente che molto elevato è il rischio sia di eccedere che di difettare nel sospetto clinico. Tuttavia, dato il costo contenuto e la semplicità di esecuzione del dosaggio del TSH, appare logico avere un livello alto di sospetto. Infatti, trattare l'ipotiroidismo franco è sicuramente efficace e, quindi, indicato a tutte le età.

L'eventuale dissociazione tra risposta biochimica, presente, e risposta clinica as-

sente o limitata, alla terapia sostitutiva deve indurre a cercare cause concomitanti dei sintomi logicamente ascritti all'ipotiroidismo.

Infine, l'ipotiroidismo subclinico per definizione non ha equivalente clinico, essendo stato diagnosticato in virtù di uno screening e non di un sospetto clinico. Tuttavia, non è raro identificare o valorizzare sintomi prima trascurati allorché sia stato rilevato un incremento dei valori di TSH. Al contrario, la normalità degli ormoni tiroidei non consente di cogliere un nesso causale tra aumento del TSH e sintomi "ipotiroidici".

Trattare o non trattare?

Esiste un orientamento prevalente a sfavore del trattamento dell'ipotiroidismo subclinico (7). In linea generale il riscontro di un TSH moderatamente elevato dovrebbe suggerire la ripetizione del dosaggio a distanza di alcuni mesi, perché non è rara la normalizzazione spontanea del valore. Livelli di TSH compresi tra 4.5 e 10 mU/l, con fT4 normale in assenza di

sintomi non sembrano associarsi ad eventi avversi cardiovascolari e non nell'anziano, mentre valori > 10mU/l paiono meritevoli di trattamento in presenza di concomitante deficit di fT4. Ancora una volta la difficoltà interpretativa legata agli effetti dell'invecchiamento in sé e della multimorbilità può rendere necessario il ricorso al criterio *ex adiuvantibus* nei molti casi dubbi.

Un algoritmo proposto da Col nel 2004 resta tuttora la guida più affidabile nell'iter diagnostico-terapeutico nei casi controversi (7). Esso propone il trattamento delle forme con TSH>10 mU/l se fT4<0.8 ng/dl, mentre per TSH=4.5-10 mU/l il trattamento è comunque indicato se fT4<0.8 ng/dl. Per fT4>10 mU/l e fT4>0.8 ng/dl v'è indicazione a periodiche rivalutazioni cliniche e di laboratorio, ma senza un preciso cronoprogramma. Invece per TSH=4.5-10 mU/l e fT4>0.8 ng/dl è raccomandato il controllo semestrale del TSH, salvo approfondimenti resi necessari da sopravvenuti segni o sintomi.

Tabella - Sintomi e segni dell'ipotiroidismo nell'anziano in funzione dell'espressione di organo o apparato prevalente: elementi di confondimento

	Manifestazioni	Note
Stato affettivo	Depressione, ipersonnia o disturbi del sonno	Molto comuni nell'anziano con multimorbilità
Stato cognitivo	Rallentamento ideomotorio, deficit isolati o multipli fino alla demenza	
Sfera motoria	Bradichinesia, perdita dei movimenti di basculamento automatici, instabilità posturale, rallentamento del passo, ipomimia	Può simulare il Parkinson
Cute e annessi	Edema duro distale, perdita degli annessi cutanei, cute fredda	Segni spesso trascurati o misinterpretati nell'anziano
Apparato gastroenterico	Anoressia, dispepsia, digestione lenta, stipsi, dolori aspecifici, aumento degli enzimi epatici, talora ascite	Molto prevalenti nell'anziano normotiroideo
Apparato respiratorio	Bradipnea, dispnea da sforzo, sleep apnea ostruttiva, occasionale versamento pleurico; eventuali sindromi da ingombro se l'ipotiroidismo consegue a gozzo voluminoso	La bradipnea, se presente, e il difetto della risposta cronotropica respiratoria all'esercizio orientano verso l'ipotiroidismo
Apparato cardiovascolare	Bradicardia, bradi-, ma anche tachi-aritmie, ipertensione diastolica, scompenso cardiaco, versamento pericardico	L'impronta bradicardica, e anche la ridotta risposta cronotropica all'esercizio, è più suggestiva di ipotiroidismo
Apparato escretore	Insufficienza renale	Il riscontro ecografico di reni di volume normale o aumentato può suggerire la diagnosi
Apparato muscolo-scheletrico	Quadri miopatici con rialzo enzimatico	Possono simulare la polimialgia
Organi di senso	Depressione della vista e dell'udito	Generalmente e immotivatamente poco indagati nell'anziano
Apparato riproduttivo	Perdita della libido	
Peso corporeo	Aumentato o, se predomina anoressia e modesta è la ritenzione idrica, ridotto	

La terapia sostitutiva nell'anziano

Sorprendentemente, il consumo di levotiroxina nella Regione Lazio, quale si desume dalle base dati amministrative, aumenta dai 50 (7.3%) ai 74 anni (11.9%), per poi calare drasticamente fino a tornare al 7.3% tra gli 85 e gli 89 anni (9). Pur alla luce delle precedenti considerazioni sull'ipotiroidismo subclinico, questo dato lascia ritenere che alto sia il tasso di riconoscimento o di mancata correzione dell'ipotiroidismo franco, per lo meno alla luce dei dati epidemiologici d'età orale per una dose cumulativa spesso notevolmente inferiore a quella di 1.6 mcg pro Kg/die efficace negli adulti e giovani. Ciò in virtù della riduzione di massa magra e secrezione di T4 età correlata, oltre che dell'opportunità di mirare ad un range di TSH più alto che nel giovane adulto, circa 4-6 mU/l. I rischi di effetti avversi si minimizzano con dosi comprese tra 25 e 50 mcg /die e aumentandoli progressivamente ogni 30-40giorni fino al target prefissato. Il farmaco può non essere di agevole uso nell'anziano perché va assunto a stomaco vuoto e deve essere seguito da almeno un'ora di digiuno per un ottimale assorbimento. Pertanto mal si concilia con la polifarmacia che caratterizza l'anziano. In particolare è stata documentata un'interferenza negativa con l'assorbimento e/o l'effetto biologico da parte di farmaci di comune uso, come il ferro, i PPI, il calcio

e gli estrogeni, mentre un'interferenza positiva sembra quella delle statine (10). La disponibilità di nuovi preparati, anche in gocce, ha consentito di documentare un assorbimento stabile e libero da interferenze ad opera del cibo o altri farmaci. Ad esempio la già menzionata interferenza negativa dei PPI viene quasi completamente soppressa dalla formulazione liquida (10), mentre del tutto soppressa è l'interferenza del cibo (11). Inoltre la formulazione liquida consente la somministrazione in presenza di disfagia per i solidi o in pazienti in nutrizione enterale artificiale (12). Si tratta quindi di una soluzione ottimale per i non pochi casi di inadeguate sostituzioni con terapia tradizionale. La prevalenza di sostituzione in difetto o in eccesso è risultata essere superiore ad un terzo dei trattati (13).

Conclusioni

L'ipotiroidismo nell'anziano si caratterizza come un'entità biologicamente e clinicamente eterogenea, spesso di difficile interpretazione, per la quale serve un'attenta e personalizzata valutazione critica. Tuttavia il recente sviluppo di un atteggiamento permissivo verso l'ipotiroidismo subclinico, non deve portare ad un calo di attenzione verso una problematica che, se clinicamente espressa, ha un notevole impatto su stato di salute, qualità di vita e sopravvivenza anche in età avanzata.

Bibliografia

1. Bremner AP et al. J ClinEndocrinolMetab, 2012; 97:1554-1562 .
2. Surks MI et al. J ClinEndocrinolMetab 2007; 92: 4575-4582.
3. Magri F et al. Metabolism 2002, 51: 105-109.
4. Koulouri O et al. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism 2013;27: 745-762.
5. De Groot LJ. J ClinEndocrinol andMetab 1999;84:151-164.
6. Bensenor IM et al. Clinical Interventions in Aging 2012;7: 97-111.
7. Col NF et al. JAMA: 2004; 291: 239-243.
8. Cooper S et al. Lancet 2012; 379: 1142-54
9. Antonelli Incalzi R et al. AgingClinExp Res in press
10. Irving SA et al. ClinEndocrinol 2014, 0, 1-6
11. Cappelli C et al. Eur J Endocrinol. 2013;170:95-9
12. Pirola I et al. J EndocrinolInvest. 2014; 37:583-7.
13. Somwaru LL, et al. J ClinEndocrinolMetab. 2009; 94:1342-5

Dall'integrazione una opportunità per la Medicina Generale

segue da pag. 23

tadini per brevi periodi di ricovero con intensità di cura inferiore a quella dell'ospedale per acuti (posti di cure intermedie). Pensiamo alla terminalità: spesso è gestita in Ospedali o Hospice lontani dai propri luoghi di vita, con tutti i disagi affettivi e logistici che ne conseguono, ma anche alla gestione di quelle patologie che richiedono una sorveglianza continua nella fase della post acuzie o che, con la medesima, potrebbe evitare il ricovero ospedaliero. Un sistema a gestione mista socio-sanitaria nel quale il lavoro di squadra tra medici ed infermieri consentirebbe importanti risultati di appropriatezza delle cure e di continuità delle medesime, con considerevoli risparmi per il sistema. Non è pensabile tuttavia credere di poter produrre grandi cambiamenti senza riallocare sul territorio una parte dei risparmi indotti nelle strutture ospedaliere. Il sistema territorio ha retto in questi anni alla delocalizzazione di una serie di patologie in precedenza di pertinenza ospedaliera, ciò ha consentito la rimodulazione del comparto ospedaliero, ed è stato possibile anche grazie ai sacrifici dei professionisti operanti sul territorio. Nei nuovi modelli organizzativi il Ruolo Unico, con l'integrazione della Continuità Assistenziale nella Medicina Generale, potrà migliorare in modo sostanziale la gestione degli utenti con polipatologie. Ciò potrà risolvere una delle criticità maggiori che si sono riscontrate in questi anni nella continuità di cura dei pazienti ricoverati nelle strutture socio-sanitarie, integrazione ancora più importante nella gestione dei posti di cure intermedie. Le residenze socio-sanitarie viste quindi come un nuovo ed importante tassello della riorganizzazione delle cure primarie, uno strumento per la gestione della cronicità ma non solo, uno strumento tutto da reinventare, una opportunità che la Medicina Generale non deve perdere.



Un nuovo studio ha confermato che i fumatori hanno un significativo aumento del rischio di perdita dei denti: 3,6

volte negli uomini e 2,5 volte nelle donne, rispetto ai non fumatori. Lo studio longitudinale, pubblicato sul *Journal of Dental Research*, è stato condotto dai ricercatori dell'Università di Birmingham e dell'Istituto tedesco di Nutrizione Umana. Nel Regno Unito, l'edentulia è presente nel 15% dei soggetti tra i 65 e i 74 anni di età e in oltre il 30% dei soggetti dai 75 anni in su. A livello mondiale si raggiunge il 30% nella fascia d'età 65-74 anni. Il professor Thomas Dietrich, dell'Università di Birmingham, autore principale dello studio, afferma che nella maggior parte dei casi, l'edentulia è causata da carie o parodontite cronica. Il fumo è un fattore di rischio per la parodontite; inoltre il fumo può mascherare un sanguinamento delle gengive, che è un sintomo chiave della parodontite. Come risultato, le gengive di un

I fumatori a rischio di edentulia

fumatore possono sembrare più sane della realtà. "Ma -continua Dietrich- smettere di fumare può ridurre il rischio di edentulia nel giro di 10 anni: in questo lasso di tempo, un ex-fumatore avrebbe lo stesso rischio di "perdere i denti" di un non fumatore". I risultati dello studio su 23,376 soggetti valutava l'associazione tra fumo, smettere di fumare e perdita dei denti in tre diverse fasce di età. L'associazione tra fumo e perdita dei denti era maggiore tra i giovani rispetto ai soggetti più anziani. Inoltre, i risultati dimostravano chiaramente che l'associazione era dose-dipendente: i forti fumatori avevano un rischio maggiore di perdere i loro denti rispetto a chi fumava meno sigarette. Oltre agli effetti noti sulla salute cardiovascolare e il rischio di malattie polmonari e di cancro, la salute dentale è un altro motivo per non iniziare a fumare o smettere del tutto.

T. Dietrich et al. *Journal of Dental Research*, 2015.

Una dieta ricca di proteine migliora la glicemia nei diabetici

Una nuova ricerca presentata al meeting 2015 dell'European Association for the Study of Diabetes (EASD) dimostra che le diete ad alto contenuto proteico migliorano il controllo della glicemia nei pazienti con diabete di tipo 2 senza effetti negativi sulla funzione renale. La ricerca è di Mariya Markova e coll., del *German Institute of Human Nutrition Charité University Medicine, Berlin*. Questa nuova ricerca ha confrontato gli

effetti di due diete iperproteiche con lo stesso numero di calorie, una contenente proteine animali, l'altra proteine vegetali, sulla funzione epatica. Un totale di 37 persone (24 uomini, 13 donne) con diabete di tipo 2 (età media 65 anni, BMI 30,

HbA1c 7,0%) riceveva da un lato una dieta contenente proteine animali (carne e latticini),

dall'altro una dieta contenente proteine vegetali per 6 settimane. Gli enzimi epatici sono migliorati dopo la dieta in entrambi i gruppi; il livello di steatosi epatica e l'HbA1c si sono ridotti in tutti i soggetti. La sensibilità all'insulina era migliorata solo nel gruppo che assumeva proteine animali, mentre nel gruppo che assumeva proteine vegetali c'è stata una significativa riduzione della creatinina e un miglioramento della filtrazione glomerulare, che non è stato riscontrato nella dieta con proteine animali. La conclusione è che nei soggetti diabetici, 6 settimane di dieta ricca di proteine porta ad un miglioramento del metabolismo del glucosio e una diminuzione del grasso epatico indipendentemente dalla fonte di proteine. La dieta ricca di proteine non ha effetti negativi sui parametri renali.

2015 meeting of the European Association for the Study of Diabetes (EASD).

Gli scienziati del VTT Technical Research Centre of Finland hanno sviluppato una tecnologia "indossabile" per migliorare le prestazioni sportive. Una serie di sensori può essere ad esempio applicata alle palette per le mani del nuotatore, all'arco o alla freccia nel tiro con l'arco. I dati trasmessi dai sensori vengono trasferiti in modalità wireless allo smartphone dell'allenatore. Nel nuoto, ad esempio, i sensori incorporati nelle palette per le mani forniscono dati precisi sulla tecnica di nuoto, sulla lunghezza del percorso in vasca e sulle modifiche del ritmo durante la performance e

il percorso di andata e di ritorno, misurando inoltre la trazione media e la forza esercitata dalle braccia durante la gara. La tecnologia del VTT fornisce un mezzo per osservare direttamente la potenza di ogni colpo mano e la sua traiettoria attraverso l'acqua, senza interrompere le prestazioni. Nel tiro con l'arco, invece, le proprietà misurabili sono la qualità e la direzione del movimento quando si mira il bersaglio e la tempistica delle diverse fasi della performance. La tecnologia dei sensori wireless del VTT può essere integrata in una vasta gamma di attrezzature sportive, come ad esempio racchette da sci, gli stessi sci, racchette e biciclette e può essere utilizzato in generale anche nell'allenamento per migliorare la performance fisica.

Technical Research Centre of Finland (VTT), sept. 2015.

"Indossare" la tecnologia migliora le prestazioni sportive





Simpesv al 71° Congresso Fimmg

Stili di vita sani nei nostri ambulatori

Walter Marrocco
Presidente Simpesv

La Simpesv (Società Italiana di Medicina di prevenzione e degli Stili di Vita), da alcuni anni, mette a disposizione dei medici di famiglia una serie di strumenti gestionali per la tutela della salute dei cittadini, utili alla crescita professionale del mmg, che risultano particolarmente apprezzati dalla nostra categoria. Nel corso del 71° Congresso nazionale della Fimmg, saranno realizzati una serie di eventi quotidiani, secondo il calendario che troverete nel programma definitivo: *Percorsi Simpesv per l'organizzazione e la gestione di un ambulatorio degli Stili di Vita*.

Questi eventi, così come i Corsi del 2015, sono rivolti a quei medici di Medicina Generale, che, anche come riferimento per i



colleghi nelle diverse tipologie di aggregazioni funzionali della MG, desiderino conoscere o approfondire il proprio sapere nel campo dei Sani Stili di Vita, intesi come prevenzione, educazione, rendimento fisico e benessere, nell'intento di sviluppare quell'empowerment del paziente nel prendersi cura di sé, strumento fondamentale per il raggiungimento e mantenimento di risultati di salute. Di seguito diamo una sintesi delle ragioni e delle problematiche che affronteremo nei diversi incontri.

Gli eventi Simpesv al Congresso 2015

Stili di vita e patologie gastrointestinali

Le malattie dell'apparato digerente includono un ampio spettro di patologie, anche oncologiche, e disordini funzionali che causano ripercussioni notevoli sia in termini di salute che di costi socio-sanitari, con un impatto epidemiologico estremamente significativo.

Allo stato attuale, appaiono conosciuti quasi tutti i fattori di rischio, in molti casi connessi ad abitudini e stili di vita errati (abuso di alcool e di tabacco, diete ricche di grassi, ripetersi di condizioni di stress fisico ed emotivo, ecc.). È quindi del tutto necessario e non più differibile programmare interventi estesi e mirati, al fine di prevenire in maniera efficace e di diagnosticare in modo precoce tutte le diverse patologie dell'apparato digerente. Gli obiettivi, supportati da evidenze scientifiche, che dovremmo raggiungere si basano sull'adottare Sani Stili di Vita, quali: la promozione di una sana alimentazione e l'attività fisica, nonché la lotta contro il fumo, l'abuso di alcool, l'obesità, la sedentarietà e di agenti infettivi oncogeni.

Stili di vita e patologie osteoarticolari

Le malattie reumatiche rappresentano un problema socio-sanitario emergente per il loro peso epidemiologico e per le loro caratteristiche potenzialmente invalidanti. Pazienti con problemi osteoarticolari affollano ogni

giorno gli studi dei mmg, tanto è vero che la patologia osteoarticolare con il suo sintomo principale, il dolore, è di gran lunga la prima causa di consultazione del medico, che si trova ad affrontare direttamente oltre 2.000 richieste per problemi osteoarticolari in un anno, richieste che rappresentano più del 20% dell'intera attività professionale. In Italia quasi 6 milioni di persone, circa il 10% della popolazione, soffre di malattie reumatiche e queste incidono pesantemente sui costi sociali. In totale la spesa per le malattie reumatiche croniche in Italia supera i 4 miliardi di euro l'anno, di cui quasi la metà legata alla perdita di produttività. La possibilità di prevenire disabilità invalidanti nei pazienti con malattie reumatiche è maggiore quando alla terapia farmacologica precoce si affianchino strategie terapeutiche complementari. I pazienti che soffrono di patologie reumatiche devono porre attenzione a una alimentazione corretta e a uno stile di vita sano che preveda l'abolizione dell'abitudine del fumo, la riduzione del consumo di alcool, un adeguato riposo notturno e la pratica regolare di una attività motoria di lieve-moderata intensità. Tutti questi fattori fanno parte di un corretto stile di vita in grado di migliorare la qualità della stessa.

Lo stile di vita nelle patologie croniche. Osteoporosi. Nuova nota 79

L'osteoporosi rappresenta una malattia di rilevanza sociale: si stima che in Italia ci siano oggi circa 3,5 milioni di donne ed 1 milione di uomini affetti da osteoporosi. La sua incidenza aumenta con l'età sino ad interessare la maggior parte della popolazione oltre l'ottava decade di vita. Poiché nei prossimi 20 anni la percentuale della popolazione italiana al di sopra dei 65 anni d'età au-

menterà del 25%, ci dovremo attendere un proporzionale incremento dell'incidenza dell'osteoporosi. Il life time risk di andare incontro ad una frattura osteoporotica a carico del polso distale, dei corpi vertebrali o del femore prossimale è di circa il 15% per ogni sito specifico e del 40% per tutti i siti. Scopo del workshop è:

- fornire gli strumenti per la corretta valutazione del rischio del singolo paziente e garantire un utilizzo degli strumenti diagnostici per l'inquadramento diagnostico di primo e secondo livello del paziente affetto da osteoporosi;
 - indicare lo stile di vita più adatto per il paziente affetto da osteoporosi;
 - informare sulle ultime novità riguardanti le terapie di provata efficacia ed in particolare modo dare gli ultimi aggiornamenti sulla supplementazione di calcio e vitamina D.
- È prevista poi una sezione dedicata all'esposizione ragionata della nuova nota 79.

Stili di vita e BPCO

Nel mondo le malattie respiratorie oramai costituiscono un vero problema di salute pubblica tanto da essere considerate, comprendendo anche i tumori polmonari, la seconda causa di morte. È ipotizzabile che nel 2020 la BPCO rappresenti da sola la terza causa di morte a livello mondiale. Anche in questa patologia la prevenzione con la riduzione o, meglio, l'eliminazione dei fattori di rischio modificabili gioca un ruolo importante.

Ottima misura preventiva è il ricorso ai vaccini disponibili per ridurre il rischio di infezioni dell'apparato respiratorio, anche se attualmente è una pratica a cui i cittadini ricorrono ancora in maniera insufficiente. Anche se non di facile applicazione, adottare Sani Stili di Vita gioca un ruolo pre-

ventivo importante nella prevenzione della BPCO e della sua evoluzione.

Accanto all'abolizione dell'abitudine tabagica, e all'allontanamento dei fattori inquinanti, una dieta qualitativamente e quantitativamente corretta, associata a una sufficiente attività fisica, sono gli strumenti più efficaci per contrastare la BPCO.

Sovrappeso ed obesità: il Progetto SAFE

La modifica degli stili di vita, nelle patologie croniche come il sovrappeso e l'obesità, può richiedere, oltre ad una formazione di base specifica dell'operatore sanitario, anche la organizzazione di una struttura dedicata, semplice o più complessa, in cui i pazienti possano trovare strumenti "facilitanti": gli Ambulatori degli Stili di Vita.

Essi possono essere gestiti e coordinati da un mmg nell'ambulatorio semplice del piccolo paese, o possono far parte di strutture più complesse come le AFT o le Unità di Cure Primarie (UCCP), avvalendosi, in questo ultimo caso, di un team multiprofessionale.

La Simpesv ha quindi elaborato uno strumento professionale, l'algoritmo S.A.F.E. (Stile di Vita-Alimentazione-Farmaco-Esercizio fisico), per la gestione dell'obesità nell'ambulatorio del mmg, con particolare attenzione alla prescrizione della dieta e dell'attività motoria. L'uso di questo algoritmo consente di poter procedere a:

- identificazione del paziente in sovrappeso/obeso semplice o complesso;
- identificazione dei fattori di rischio modificabili e delle azioni da intraprendere;
- acquisizione di competenze per l'uso dei questionari e degli altri strumenti utili per impostazione di una terapia "personalizzata" per migliorare appropriatezza e aderenza.



AVVENIRE MEDICO

Mensile della Fimmg

piazza G. Marconi 25 00144 Roma
Telefono 06.54896625
Telefax 06.54896645
Fondato nel 1963
da Giovanni Turziani
e Alberto Rigattieri

Direttore

Giacomo Milillo

Direttore Responsabile

Fiorenzo Corti

Comitato di redazione

Esecutivo nazionale Fimmg

Editore

Edizioni Health Communication
Via V. Carpaccio, 18 - 00147 Roma
Tel 06.594461 Fax 06.59446228
e.mail: avveniremedico@hcom.it

Coordinatore editoriale

Eva Antoniotti

Hanno collaborato

Gennaro Barbieri,
Lucia Conti,
Luciano Fassari,
Massimo Magi,
Ester Maragò,
Walter Marrocco,
Stefano A. Nobili,
Giovanni Rodriguez

Ufficio grafico

Daniele Lucia

Stampa

Union Printing - Viterbo
Finito di stampare
nel mese di settembre 2015

Registrazione

al Tribunale di Bologna
n. 7381 del 19/11/2003
Costo a copia 2,50 euro

Editore



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario