

Se il medico diventa sempre più burocrate: la sanità tradita

Mariolina De Angelis*



Il governo Meloni, come si evince dalla legge di bilancio, ha di fatto dimenticato la sanità. Molto delusi i medici, soprattutto quelli di medicina generale. Essi, avendo un'esperienza territoriale e una competenza specifica, avevano chiesto di essere considerati al pari di un'impresa. A mio avviso era necessario riflettere sulla capillarità sul territorio, la disponibilità di queste figure professionali. Invece ancora una volta la medicina territoriale viene accantonata, tradendo le esigenze dei cittadini. Ne esce sostanzialmente distrutta.

Occorre considerare inoltre che sono molti i professionisti di medicina generale che vanno in pensione e, all'orizzonte, non ci sono nuovi medici che li sostituiscono. I pazienti quindi sono costretti a fare le trottole. Si pensi alla difficoltà di ottenere una visita specialistica. Sarebbe come chiedere un week-end a New York o a Parigi. E la malattia di prevenzione e soprattutto di cura? Altre difficoltà. Come per fare un rinnovo di un piano terapeutico o prenotare una radiografia presso una struttura convenzionata. Allora è come a trovare una manna nel deserto. Quale sarà il medico del futuro? I medici sono pronti al cambiamento ma devono anche essere preparati a questa prospettiva. Come ho sempre sostenuto è im-

portante considerare il malato e non la malattia. Al centro ci sono persone con la loro singolarità e complessità. C'è anche un lavoro nuovo del medico. Per cui sarebbe necessario un nuovo codice deontologico. Importante comunicare con il paziente nel rispetto della continuità terapeutica. Tutto ciò porterebbe a snellire il sistema sanitario nazionale. Infatti significherebbe minore recovery è meno spesa. Partendo dal territorio, da un'analisi chiara e da una conoscenza specifica, si può quindi migliorare la grande risorsa che è la salute. Ma cosa è veramente una malattia? Il malato è una persona con il suo bagaglio culturale e sociale e non un numero e men che mai un codice fiscale. Occorre fare riferimento al

discorso del 2 giugno, festa della Repubblica del presidente Mattarella che ha specificato il compito del medico: un professionista che deve far rispettare i diritti della Costituzione relativamente alla salute. E' necessario investire affinché la malattia venga diagnosticata quanto prima per consentire al paziente di essere curato. Oggi i tempi di attesa sono lunghi e il ritardo diagnostico finisce spesso per essere fatale. Particolari patologie reumatologiche sono ignorate proprio per mancanza di specialisti presso le Asl territoriali. Ormai l'informazione viaggia in modo veloce sui sistemi sanitari. Tempestività e velocità dovrebbero essere prerogative dei medici: una diagnosi precoce può salvare una vita. E ne-

cessario quindi rispettare sempre il giuramento di Ippocrate, così come ci è stato insegnato. Anche la farmacia è cambiata, è diventata presidio di servizi, ma non basta. È necessario una presa d'atto della politica affinché il panorama salute possa davvero cambiare. Occorrono investimenti per realizzare i vari Step. Mi riferisco alla ricerca e alla sperimentazione, alla sintesi di nuove molecole e quindi alla produzione di nuovi farmaci. Tutti i protagonisti del settore devono essere attentamente fatti lavorare sulle persone e quindi sulla qualità della loro vita. C'è in fondo una motivazione etica: trovarsi nelle condizioni migliori per salvaguardare il bene unico e insostituibile che è la salute.

*Farmacista



► SOCIETÀ' | Garantire una sanità universale, equa e solidale

Sostenibilità, la prova per il futuro



Carlo Ranaudo*



Vorrei incontrarti tra 100 anni. La canzone di Ron presentata insieme a Tosca a Sanremo del 1996 evoca una speranza, un augurio che probabilmente potrebbe non essere più un sogno. L'aspettativa di vita nel 1950 era poco più di 65 anni, oggi secondo l'ISTAT è pari a 82,4 anni anche se con una sostanziale differenza tra uomini e donne. 80,1 per gli uomini e 84,7 per le donne. Con il Covid c'è stata una brusca frenata anche se già nel 2021 si è visto un recupero non omogeneo ma statisticamente rilevante. 4 mesi in più per gli uomini e 3 per le donne rispetto al 2020. Al Nord la crescita maggiore 11 mesi rispetto all'anno precedente, al Centro con una situazione piatta e al Sud invece un significativo decremento. Indubbiamente il dato è anche correlato alla maggiore incidenza di decessi avuti nelle regioni del Nord durante la fase iniziale della pandemia che poi si è spostata nella fase successiva tanto che nel 2021 al Sud si perde quasi un anno di speranza di vita rispetto al Nord.

Globalmente però si può dire che la pandemia non ha bloccato quel fenomeno dell'aumento della aspettativa di vita degli italiani ormai consolidato da anni. Ma un altro aspetto è drammaticamente evidenziato dall'ISTAT. In Italia si fanno sempre meno figli tanto che i dati del 2021 ci pongono di fronte ad un quadro preoccupante: Siamo scesi sotto la soglia dei 400.000 nati all'anno ma soprattutto il numero delle nascite è inferiore al numero dei decessi. Un saldo negativo che ci indica come l'Italia sia ormai un paese di persone anziane.

Aumenta la popolazione con età superiore ai 65 anni, una popolazione che possiamo ormai definire inattiva, che non lavora e percepisce una pensione mentre diminuisce il numero delle persone attive, persone che lavorano, producono e sostengono con il lavoro l'economia. A questo punto senza dilungarsi in ulteriori analisi statistiche basate su classifiche e primati di una zona rispetto ad un'altra, (dati ISTAT), sarebbe utile domandarsi se questo innalzamento dell'età sia accompagnato anche da qualche effetto collaterale su cui dover riflettere.

Noi abbiamo un Sistema Sanitario Nazionale considerato tra i migliori al mondo. Un sistema che nasce nel 1978 con la legge

Vita agli Anni e Anni alla Vita: la nuova sfida del Servizio Sanitario Nazionale

833. Una norma a quei tempi rivoluzionaria che si basava su tre principi cardine: Uguaglianza delle prestazioni, Universalità dell'assistenza, Solidarietà per la gestione e la sostenibilità. Garantire a tutti la prestazione sanitaria attraverso il cosiddetto TERZO PAGANTE (all'inizio lo Stato gestore unico poi le Regioni dopo la riforma del 2001). Grazie a questa legge e, prescindendo per ora dall'analisi del come e della qualità con cui vengono poi erogate le prestazioni sanitarie, il nostro Sistema Sanitario può essere considerato un grande esempio di welfare sociale. Forse una delle più importanti riforme del dopoguerra, nato

vaccini, alla veterinaria e tutto ciò che fa capo al grande capitolo della Sanità Pubblica e convenzionata, compreso stipendi del personale, beni e servizi.

Chi ne usufruisce è il cittadino. Attenzione però! Cosa è cambiato negli anni da quel famoso 1978? L'età media della popolazione abbiamo visto che è aumentata e conseguentemente sono aumentate la richiesta di prestazioni, di visite, di indagini, anche grazie agli enormi progressi della scienza. Purtroppo però la disponibilità di risorse non è stata coerente con questa maggiore richiesta. I finanziamenti del FSN negli anni si sono mantenuti quasi costanti (vedi Fig. al cen-

tro Sistema sanitario deve cominciare a fare i conti economici. Le nuove tecnologie costano, le nuove terapie hanno costi molto superiori a quelle vecchie, le ospedalizzazioni hanno un costo alto, e così via.

E allora !!! Dove si recuperano le risorse?

Se il numero degli anziani maggiori fruitori dei servizi aumenta e diminuisce contemporaneamente il numero dei giovani che con il loro lavoro contribuiscono alla ricchezza del paese, a quello che tecnicamente è chiamato PIL (prodotto interno Lordo), il bilancio finale diventa inesorabilmente negativo. L'Art 32 della Costituzione così recita "La

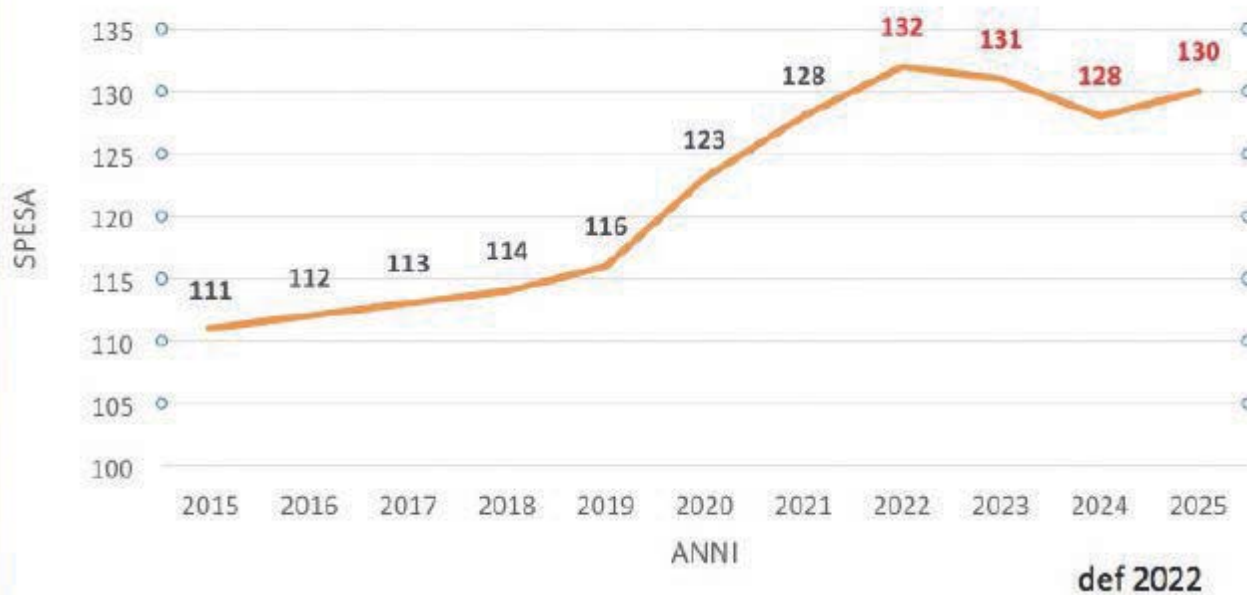
tro territoriale e spostare, trasferire, far migrare il personale. Strategie di alto livello... il cui esito era inevitabilmente segnato. Ed è arrivata così l'emergenza pandemica che non ha fatto altro che portare alla luce un fenomeno che nessuno aveva voluto o saputo vedere prima: L'Italia è un paese anziano e trasferire gli anziani in Ospedale è stata una scelta con gli effetti catastrofici che sono sotto gli occhi di tutti. Al di là degli oltre 180.000 decessi, è stato evidente che è mancata la consapevolezza che le persone anziane spesso affette da malattie croniche vanno curate a casa. Ma se l'assistenza territoriale è stata negli anni trascurata, se i fondi sono stati destinati a far funzionare più o meno bene gli ospedali, se non ci sono più medici di base, se la prevenzione è stata poco più che una parola astratta, non potevamo che avere il risultato che abbiamo avuto.

Ben venga ora il PNRR con una rivisitazione strutturale del modello di assistenza che metta al centro il paziente con la ormai famosa presa in carico, ben venga un investimento mirato nelle case e negli ospedali di comunità, mirato proprio alla focalizzazione su questo paziente anziano, ben venga che i fondi come sembra, siano rigidamente controllati. Così il raggiungimento di quel sogno di una longevità attiva forse potrà di nuovo realizzarsi. Longevità attiva che parte da un assunto su cui riflettere. Se è importante aggiungere anni alla vita forse è altrettanto importante aggiungere vita agli anni. Una longevità attiva è l'obiettivo a cui tendere, e non solo per un aspetto sociale ma soprattutto per un aspetto di sostenibilità economica.

La gestione della malattia ha un costo spesso molto elevato. Una corretta presa in carico del paziente finalizzata ad intercettare e prevenire le malattie prima che queste compaiano o che si aggravino, un nuovo impulso alla natalità che riporti in positivo il saldo tra nascite e decessi, rappresentano due grandi sfide su cui costruire il presente e il futuro. Il modello si può modificare con le norme ma è necessario anche un cambio di mentalità che vada verso quel concetto di salute che nel 1948 l'OMS l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito come "uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale" e non semplicemente "assenza di malattie". Sono passati 75 anni! È ora di farne una linea guida operativa per tutti coloro che hanno veramente a cuore i valori di un Servizio Sanitario Nazionale, Universale, Equo e Solidale.

*Docente Dipartimento di Farmacia Università degli Studi di Salerno

SPESA SANITARIA



sulle ceneri dei vecchi sistemi mutualistici caratterizzati da forti differenze di prestazione legate all'appartenenza alla categoria lavorativa e pertanto contributiva. Un sistema che forse in maniera un po' mascherata potrebbe ripresentarsi in un prossimo futuro con un modello più spinto di sanità privata (Corsi e ricorsi storici !!!!)

È però evidente che per garantire tutto a tutti necessitano le risorse economiche. Qui il problema diventa molto più complesso. I principi devono fare i conti con la realtà economica. Ogni anno il Governo attraverso la legge di bilancio individua e destina al finanziamento del Sistema Sanitario una cifra chiamata Fondo Sanitario Nazionale (FSN). Con queste risorse strettamente derivate dalla tassazione e quindi dalla ricchezza ufficiale del paese vengono finanziate tutte le spese legate alla Sanità. Dall'assistenza ospedaliera a quella territoriale, dalla farmaceutica, alla diagnostica, alla prevenzione, ai

tro). Non tragga in inganno il brusco incremento che si nota negli anni 2020-2021-2022. Come è facile comprendere è strettamente legato alla gravissima emergenza pandemica che ha imposto uno stanziamento straordinario di risorse attraverso uno sfioramento del debito pubblico. Risorse però vincolate all'acquisto di vaccini tamponi..... Già dal prossimo anno e in quelli successivi c'è un ritorno ad una linearità nella previsione dello stanziamento delle risorse come previsto nel DEF (Documento Economico Finanziario). E così la correlazione tra l'aumento dell'età della popolazione e l'incremento dei costi per il sistema sanitario, diventa inevitabilmente l'effetto indesiderato dell'aumento della prospettiva di vita. Superata una certa età l'invecchiamento porta a dover convivere con malattie spesso croniche che accompagnano il cittadino paziente per tutta la sua vita rimanente. E qui il principio Universalistico caposaldo del no-

Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". Garantire la salute a tutti oggi impone una forte e attiva riflessione. Dal 2001, anno in cui la Riforma dell'articolo V della Costituzione dà vita alla regionalizzazione della sanità nascono ben 21 Sistemi sanitari regionali diversi, con modelli di assistenza a volte molto differenti l'uno dall'altro. Tutti però con un elemento in comune. La centralità dell'Ospedale. I servizi territoriali vengono spesso depotenziati e le risorse allocate essenzialmente sulla gestione dell'assistenza ospedaliera in particolare dei grandi Enti, luoghi di cura e di... potere. Ma soprattutto, non si è investito nella Sanità. Sono invecchiati anche medici, infermieri, personale sanitario ma al posto di una fisiologica sostituzione, in mancanza di risorse, si è pensato di chiudere o ridimensionare i piccoli ospedali periferici che fungevano spesso da fil-

► **PREVENZIONE.** *Uno dei rimedi naturali più efficaci contro i sintomi delle allergie*

Ribes nigrum, perla della fitoterapia

Giovanna Barzaghi*



La gemmoterapia è arrivata ultima in ordine di tempo nella ricerca delle proprietà curative delle piante; negli anni '50 il medico belga Pol Henry si dedicò allo studio sistematico e alla sperimentazione dei gemmoderivati. Basò i suoi studi sul presupposto che le piante, nel loro sviluppo iniziale, contengono sostanze con caratteristiche particolari per qualità e quantità. Le ricerche fino ad ora condotte hanno permesso di verificare che, in virtù della loro speciale natura, questi prodotti "sono capaci di favorire e stimolare le normali funzioni fisiologiche dell'organismo e normalizzare alcune costanti biologiche alterate nell'uomo e in altri mammiferi". Considerato un utile trattamento contro la melanconia (come succedeva per altre piante con parti scure, ma commestibili e di sapore dolce), aveva il significato di "scacciare gli umori neri" ed in passato veniva quindi utilizzato per guarire pestilenze e febbri oppure per allontanare la malinconia e i "cattivi umori" delle persone che non riuscivano ad essere solari e "gioiose". La pianta officinale di Ribes nigrum ha origini antiche e lontane. Venne coltivata per la prima volta in Russia, nell' XI secolo, principalmente come pianta medicinale nei giardini dei monasteri che in quel periodo si molti-

plicavano nelle città e negli insediamenti. Qualche secolo più tardi gli erboristi tedeschi raccomandavano l'uso delle bacche di ribes nero per i calcoli renali e i disordini epatici e con le stesse creavano degli sciroppi per tosse e malanni polmonari. Il Ribes nigrum rimase per diverso tempo una pianta di nicchia ma nel 1700 fu portato in auge da P. Bailly da Montaran (1712) che lo identificò come "panacea universale" poiché in grado di supportare l'organismo in diverse funzioni. "Non c'è nessuno che, avendo giardini, non debba piantarne un gran numero per i bisogni della sua famiglia" Successivamente perse rilevanza, ma riacquisì notorietà nel XX secolo fino ad arrivare ad essere considerato, per le caratteristiche delle sue gemme, la "perla" della gemmoterapia. La gemmoterapia usa estratti di tessuti vegetali freschi e in via di accrescimento; elementi em-

brionali primari (gemme, giovani getti) che mantengono tutte le caratteristiche della primitiva cellula della pianta, ricca di potenzialità e qualità che le cellule adulte non hanno più. Il ribes nigrum possiede molteplici proprietà curative, è uno dei gemmoderivati più usati anche per i bambini, uno dei rimedi naturali più efficaci contro i sintomi delle allergie e manifestazioni di orticaria. In caso di raffreddore, mal di gola, bronchiti, influenza e febbre aiuta a liberare le vie aeree. Ha proprietà antinfiammatorie, antistaminiche e depurative del sangue; benefico per la circolazione, utile per la vista (retinopatie, miopia e disturbi della visione nelle ore crepuscolari) combatte la stanchezza, aumenta la resistenza al freddo nei soggetti freddolosi, favorisce l'eliminazione dell'urea. Utile nei disturbi artico-

lari, riduce i livelli di colesterolo nel sangue. Il ribes nigrum si comporta come antistaminico naturale, agisce stimolando le ghiandole surrenali a produrre più cortisolo che aiuta l'organismo in presenza di infiammazioni. Grazie alle sue proprietà antiossidanti stimola il sistema immunitario poiché la bacca di ribes è ricchissima di vitamina C. Il ribes nigrum rappresenta una valida alternativa al cortisone, utile anche nelle allergie del cane e del gatto. Quando la stagione cambia e arriva l'inverno, le difese immunitarie si abbassano: è il momento migliore per rafforzarle. Non facciamoci trovare impreparati!

Come assumere il Ribes Nigrum. La posologia dovrebbe essere valutata dal terapeuta caso per caso. Tuttavia ecco alcune indicazioni generali. Per gli adulti fino a 70 anni 50-150 gocce al dì. Oltre i 70 anni e per gli adolescenti 25-100 gocce al dì. Per i bambini, a partire dai 2 anni, 20-60 gocce al dì. Per i più piccoli si consigliano 1-15 gocce al dì, da somministrare sotto il controllo di un medico o di un naturopata.

Allergie stagionali: 30-50 gocce di macerato di Ribes nigrum in un po' di acqua, 2-3 volte al dì, per 2-4 mesi.

Curiosità sul Ribes nigrum

Il famoso profumo francese Chanel No. 5, reso celebre dalla grande attrice Marilyn Monroe, trae la sua essenza anche dalle gemme del Ribes nero coltivato appositamente dai profumieri di Grasse. Le bacche di questa pianta sono la base del famoso liquore francese Crème de Cassis, che è anche il nome dato in Francia a questo frutto. La presenza di alcol conserva il caratteristico sapore del ribes inalterato. Se siete appassionati di dolci, i ribes sono l'ingrediente perfetto da aggiungere alla macedonia o per decorare la cheese cake, i pan cake o i waffeln. Se volete conservare i ribes potete preparare, oltre che una deliziosa marmellata, liquori, succhi e sal-

*Naturopata



Casa di Cura VILLA MARIA
MIRABELLA ECLANO AV

PER INFORMAZIONI E PRENOTAZIONI

TEL. **0825 407301**

www.casadicuravillamaria.it

REPARTI

convenzionati col S.S.N.

• **CHIRURGIA**

GENERALE

• **ORTOPEDIA**

• **OCULISTICA**

• **UROLOGIA**

• **ONCOLOGIA**

SERVIZI:

• **DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**
TC MULTISTRATO (128) REVOLUTION EVO GE

La TAC con minima esposizione alle radiazioni

RMN SIGNA Explorer GE

La rivoluzionaria Risonanza per tutti i pazienti!

• **FISIOPATOLOGIA DIGESTIVA**

ENDOSCOPIA DIGESTIVA AD ALTA DEFINIZIONE CON NBI

MANOMETRIA ESOFAGEA

PH IMPEDENZIOMETRIA ESOFAGEA DELLE 24 H

• **RADIOTERAPIA**

AD ALTA

SPECIALIZZAZIONE

UPMC HILLMAN
Vila Maria CANCER CENTRE

• **SERVIZI SANITARI ALL'AVANGUARDIA**

• **UN TEAM ALTAMENTE SPECIALIZZATO**

• **TEMPI DI ATTESA BREVI PER TUTTE**

LE PRESTAZIONI



► **TERAPIE.** La prassi prevede l'isolamento del sacco erniario e il controllo del suo contenuto

Curare oggi l'ernia femorale

In molti casi, a causa dell'elevato numero di complicanze, può essere necessario un intervento chirurgico d'urgenza



Claudio Di Nardo*



L'ernia femorale consiste nella fuoriuscita di un contenuto addominale, che può essere omento, un viscere, in genere intestino tenue, o grasso preperitoneale, attraverso una zona di debolezza della parete addominale, l'Anello Femorale, che si trova appena al di sotto del legamento inguinale, diversamente da quello che accade nel caso dell'ernia inguinale, della quale ci siamo occupati in un precedente inserto (26 agosto 2021 - Salute e Benessere), in cui la fuoriuscita del contenuto addominale si verifica attraverso tre zone di debolezza del canale inguinale, al di sopra del legamento omonimo.

L'ernia femorale è relativamente rara, rappresentando solo il 3% di tutte le ernie. A differenza dell'ernia inguinale che può verificarsi sia nei maschi che nelle femmine ed in qualunque età, essa è appannaggio quasi esclusivo delle donne adulte a causa delle peculiarità anatomiche del bacino femminile, in particolare è più comune nelle donne multipare, nelle quali l'elevata pressione intra-addominale in gravidanza fa sì che il grasso preperitoneale si insinui nell'anello femorale, con la conseguenza dello sviluppo di un sacco peritoneale femorale.

Il canale femorale anatomicamente è delimitato dal legamento inguinale in alto, dal legamento pettineo in basso, dal legamento lacunare medialmente e dalla vena femorale lateralmente. Normalmente contiene alcuni linfonodi e tessuto adiposo. La sua funzione sembra essere quella di consentire alla vena femorale di espandersi quando è necessario accogliere un maggiore ritorno venoso dall'arto durante i periodi di attività.

L'ernia femorale si presenta clinicamente come un nodulo o una tumefazione della regione crurale, generalmente di dimensioni contenute, spesso dolente, difficilmente o per niente riducibile, a causa della rigidità delle strutture anatomiche che delimitano il canale crurale, motivo per cui essa presenta, rispetto all'ernia inguinale, una incidenza molto più elevata delle tipiche complicanze erniarie, cioè intasamento, strozzamento, gangrena del contenuto, e quindi un tasso elevato di ospedalizzazione, seguita da un intervento chirurgico urgente.

La diagnosi è prevalentemente clinica, sulla base dell'anamnesi e dell'esame obiettivo della regione inguino-crurale. In alcuni casi può essere utile l'ecografia, soprattutto nei pazienti obesi, o quando si pone la necessità

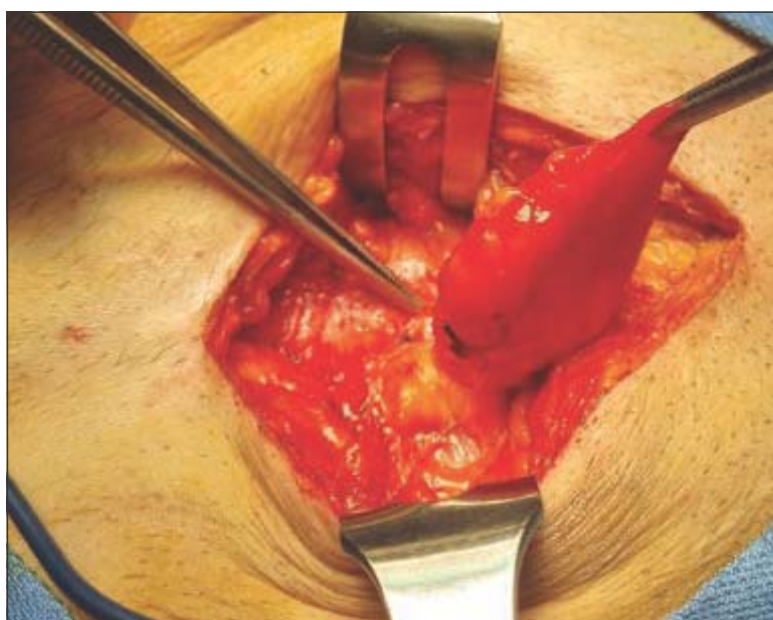


Fig. 1 Ernia crurale_sacco



Fig. 2 Canale crurale(1)

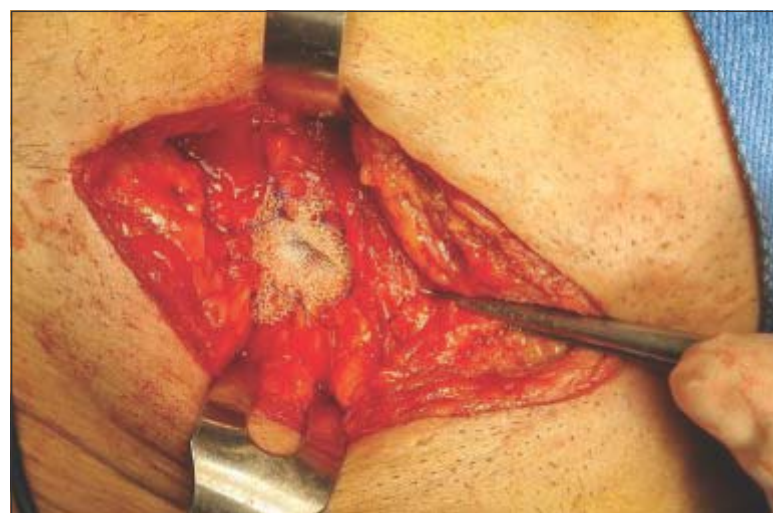


Fig. 3 Riparazione con Plug



Fig. 4 Plug in polipropilene

di una diagnosi differenziale nei confronti di tumefazioni di altra natura, tipiche di questa regione, come nel caso non infrequente di tumefazione linfonodale.

La terapia dell'ernia crurale è chirurgica. A causa dell'elevata incidenza di complicanze essa consiste spesso in un intervento chirurgico d'urgenza.

L'intervento è eseguito con un accesso open, o per via inguinale (Lotheissen) o per via crurale (Lockwood), metodo questo preferito dalla maggior parte dei chirurghi. In entrambi i casi si isola il sacco erniario e si controlla il suo contenuto, il più delle volte costituito da omento o grasso pro-peritoneale.

Questo viene ridotto in addome, se possibile, o diversamente viene resecato. (Fig. 1 e 2) Nel caso di contenuto intestinale ben vascolarizzato, questo viene ridotto delicatamente in addome, se necessario anche attraverso un ampliamento chirurgico del canale crurale, che verrà successivamente riparato. Nel caso invece di necrosi intestinale, sarà necessario accedere all'addome attraverso una laparotomia, onde eseguire la resezione-anastomosi dell'ansa intestinale interessata. Si proce-

derà successivamente alla riparazione del difetto erniario crurale.

Questa in epoca antecedente all'avvento delle protesi veniva eseguita chiudendo l'anello crurale suturando con materiale non assorbibile il legamento inguinale al legamento pettineo. Oggi la riparazione si esegue posizionando nel canale ingui-

nale una apposita protesi sintetica, detta "Plug", cioè "tappo", che viene suturata alle strutture che delimitano l'anello crurale, salvaguardando la vena femorale che decorre subito lateralmente ad esso. (Fig. 3 e 4) I pazienti sottoposti a riparazione chirurgica elettiva dell'ernia crurale hanno un ottimo decorso e possono essere in grado di

tornare a casa lo stesso giorno. Diversamente la riparazione di emergenza comporta un maggiore tasso di morbilità e mortalità, direttamente proporzionale al grado di compromissione intestinale.

***Chirurgo Generale e Vascolare, Libero Professionista in Casa di Cura Accreditata SSN**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



FARMACIA IMPERIO



Prenotazioni C.U.P. Autoanalisi sangue, Check up pelle e capelli, Foratura lobi, Misurazione della pressione, Integratori Dermocosmesi, Omeopatia, Dietetica, Veterinaria, Fitoterapia, Prodotti per l'infanzia, Prodotti per celiaci, Prodotti per i nefropatici.

Via Roma, 55-83020 Forino (AV)
Tel/Fax 0825761688
imperiofarmacia1@gmail.com

▶ **PERCORSI TERAPEUTICI.** Servizi riabilitativi e tecnologie informatiche

Teleriabilitazione nelle malattie respiratorie



Biagio Campana*



La riabilitazione respiratoria è percorso terapeutico basato sulla esecuzione di regolare esercizio fisico e su tecniche di fisiochinesi respiratoria che ha lo scopo di modificare l'impatto che la malattia respiratoria produce sulla qualità di vita del paziente, riducendone la gravità dei sintomi e migliorandone la capacità di aderire alle attività della vita quotidiana. A seguito di una valutazione iniziale da parte dello specialista pneumologo e/o fisiatra, vengono prescritte differenti forme e modalità di attività per migliorare la performance individuale e le conseguenze dei sintomi della sfera emotiva legati alla condizione patologica. Può essere prescritta ai pazienti affetti da malattie polmonari croniche in particolare per la Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), quasi sempre patologia fumo-correlata. Esiste ad oggi documentata, per quanto

minore, evidenza che la riabilitazione respiratoria può consentire il miglioramento dei sintomi in altre condizioni patologiche quali asma bronchiale, fibrosi cistica e malattie dell'interstizio polmonare. Inoltre trova possibilità di intervento anche per pazienti che hanno sviluppato malattia da SARS Covid 19. Presenta inoltre indicazione, anche se non ancora supportata da review definitive, nelle varie fasi e setting di malattia da Covid 19 unitamente a quella neuro-motoria. Non essendoci dei programmi riabilitativi domiciliari ben codificati, si assiste ad un abbandono del programma riabilitativo all'atto delle dimissioni dalle strutture riabilitative con relativo e progressivo decondizionamento fisico ed in ultima analisi con perdita a distanza di tempo del beneficio acquisito. L'ideale sarebbe che i pazienti, soprattutto quelli con BPCO continuassero anche a domicilio un programma riabilitativo adattato al loro setting domestico e soprattutto sottoposto a sorveglianza sanitaria di modo possa essere seguito per periodi di

tempo lunghi. Secondo l'American Thoracic Society (ATS) e la European Respiratory Society (ERS), la tele-riabilitazione, ossia l'erogazione di servizi riabilitativi con tecnologie informatiche e di comunicazione potrebbe rispondere a questa necessità. La tele-riabilitazione coinvolge un vasto numero di figure sanitarie come fisioterapisti, logopedisti, terapeuti occupazionali, psicologi, medici, infermieri ed ingegneri ed i servizi erogati includono la valutazione, il controllo, la prevenzione, l'intervento vero e proprio, la sorveglianza ed il counseling per il paziente. Questo tipo di approccio, per quanto ancora dibattuto, garantisce evidenti vantaggi. Consente innanzitutto il monitoraggio in remoto degli esercizi prescritti che possono essere seguiti sia online che offline. Questi esercizi possono rientrare in sessioni individuali o anche in

gruppo, permettendo contemporaneamente di curare un maggior numero di persone e soprattutto di raggiungere quelle che vivono in zone isolate con garanzia di sicurezza per gli operatori sanitari. Può ridurre i livelli di ansia, stress sia nei pazienti e negli operatori sanitari, può facilitare la diffusione e la condivisione delle informazioni ai tempi del COVID e fornire strumenti in grado di tenere monitorata la sintomatologia dei pazienti. Questi strumenti infatti ci possono essere d'aiuto nel monitorare una serie di parametri. Basti pensare alla temperatura corporea, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e modalità di respirazione, tosse, analisi orofaringea svolta avvicinando semplicemente la telecamera. Tra i vantaggi, la rapidità di informazione, la rapidità di triage, la possibilità di suppli-

re a visite dirette, la possibilità di ridurre il contatto paziente-operatore con conseguente riduzione del rischio di contagio. Esistono poi tantissime applicazioni che possono essere scaricate sugli smartphone che consentono di realizzare dei veri e propri programmi di coaching, finalizzati a orientare il paziente all'esecuzione dell'esercizio, a dare le corrette informazioni sugli stili di vita e sulle patologie che lo affliggono. Alcune di queste consentono inoltre di raccogliere feedback dal paziente stesso. La tele-riabilitazione non dovrà mai sostituirsi ai programmi riabilitativi svolti nelle strutture riabilitative ad Hoc e quindi in presenza ma potrebbe essere un'ottima soluzione a lungo termine utilizzabile da una fetta molto grande dei pazienti respiratori cronici e/o post-acute dopo aver praticato un percorso riabilitativo nei vari setting disponibili con un grosso guadagno in termini di salute e risparmio della spesa sanitaria e quindi di risorse da poter utilizzare in altri ambiti.

***Specialista in Malattie dell'Apparato Respiratorio**

▶ **LO STUDIO.** ULTIMI AGGIORNAMENTI ISTAT

E' l'ictus cerebrale la prima causa di disabilità in Italia

Prima causa di disabilità nell'adulto e terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie, l'ictus cerebrale, che ogni anno colpisce nel nostro Paese circa 150.000 persone, può causare una vasta gamma di deficit funzionali che possono essere temporanei o permanenti. La gravità dipende non solo dal tempo in cui il cervello è rimasto senza sangue ma anche dalla zona colpita: si possono presentare paresi degli arti superiori e inferiori, disturbi del linguaggio, difficoltà di deglutizione e di respirazione, oltre che problemi cognitivi e depressione. Solo il 25% dei pazienti sopravvissuti a un ictus guarisce completamente, mentre ben il 75% deve convivere con qualche forma di invalidità: di questi, una percentuale notevole, pari a circa il 50%, convive con un deficit così grave da non essere più autosufficiente.

Anche quest'anno, Alice Italia Odv (Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale) aderisce alla Giornata Internazionale delle Persone con disabilità che si celebra il prossimo 3 dicembre con l'obiettivo di promuoverne il benessere e cercare di garantirne i diritti fondamentali di accesso ai servizi e partecipazione alla vita pubblica della comunità.

“Al contrario di quanto accade dal punto di vista della prevenzione e della fase acuta, il post ictus e la ria-



abilitazione costituiscono aspetti su cui le informazioni sono purtroppo ancora scarse e frammentate - dichiara Andrea Vianello, Presidente di A.L.I.Ce. Italia Odv. Si tratta invece di un aspetto particolarmente rilevante anche perché le possibilità di ripresa sono evidenti e non trascurabili. Si deve puntare su un approccio multidisciplinare per consentire il maggior recupero possibile da parte del paziente: spesso, la persona colpita da ictus deve recuperare non solo il movimento ma anche la comprensione e l'utilizzo del linguaggio,

la memoria e l'attenzione, tutte azioni fondamentali per la propria autonomia. In Italia, purtroppo - continua il presidente Vianello - manca ancora un protocollo uniforme da seguire per la riabilitazione che, mi preme ricordare, deve cominciare il prima possibile, fin dalla fase iniziale di ricovero per poi proseguire in strutture idonee e nei distretti sanitari territoriali, in maniera duratura e continuativa, senza interruzioni o limitazioni temporanee”.

In base agli ultimi aggiornamenti Istat1, nel nostro Paese, le persone disabili sono più di tre milioni, pari al 5,2% della popolazione e quelle che convivono con gravi limitazioni sono circa 1,5 milioni. Ben 6 disabili su 10 sono donne e questa differenza di genere appare ancora più marcata dai 65 anni in su; in particolare, per quanto riguarda l'ictus cerebrale, sono circa 1 milione in particolare le persone che sono sopravvissute con esiti più o meno invalidanti.

Istituita dall'Onu nel 1992, la Giornata Internazionale della Disabilità ha lo scopo di promuovere una più diffusa e approfondita conoscenza su questa tematica, proponendo un confronto sempre aggiornato a vari livelli affinché le persone disabili possano essere davvero incluse, in ogni ambito della vita, nella collettività, garantendo loro diritti umani, integrazione e pari opportunità.

▶ **RICERCA.**

Alzheimer, test urine potrebbe svelarlo

Agisce a lungo nel silenzio e poi, quando comincia a rubare i ricordi di una vita è già troppo tardi per fermarla. È il dramma della malattia di Alzheimer ed è il motivo per cui uno degli obiettivi che ci si pone è quello di avere screening su larga scala in grado di aiutare a rilevare la patologia in fase iniziale. Un nuovo studio condotto



da ricercatori cinesi e pubblicato su 'Frontiers in Aging Neuroscience' suggerisce che l'acido formico potrebbe essere un biomarcatore sensibile in grado di assolvere all'obiettivo della diagnosi precoce, aprendo potenzialmente la strada a uno screening economico e conveniente della malattia, basato su un semplice test delle urine. Gli autori dello studio, Yifan Wang e colleghi, hanno testato un ampio gruppo di pazien-

ti con malattia di Alzheimer di diversi livelli di gravità e un gruppo di controllo con capacità cognitive normali per identificare le differenze nei biomarcatori urinari. Gli esperti

hanno identificato così l'acido formico urinario come marcatore sensibile del declino cognitivo. Un totale di 574 persone

hanno partecipato allo studio. I ricercatori hanno analizzato i campioni di urina e sangue dei partecipanti e hanno eseguito valutazioni psicologiche. "L'acido formico urinario ha mostrato un'eccellente sensibilità per lo screening precoce dell'Alzheimer", hanno affermato gli autori. "Il rilevamento dei biomarcatori urinari dell'Alzheimer è conveniente ed economico e dovrebbe essere eseguito durante gli esami fisici di routine degli anziani".



► **TERAPIE.** Per molto tempo la diagnosi era affidata principalmente all'esame endoscopico

Il reflusso gastroesofageo non ha più misteri

Luca Covotta*



Per Reflusso Gastro-Esofageo si intende il passaggio di contenuto gastro-duodenale in esofago, un evento fisiologico che accade diverse volte nel corso della giornata.

Si parla di Malattia da Reflusso Gastro-Esofageo (MRGE) quando questo fenomeno:

- Induce la comparsa di sintomi in grado di interferire con la qualità della vita.

- Determina un'azione infiammatoria a carico dell'esofago che potrebbe anche comportare una trasformazione neoplastica, sia dell'esofago che dello stomaco (azione carcinogenetica).

La MRGE è una condizione clinica molto frequente che si aggira attorno al 20-40% della popolazione adulta nei Paesi Industrializzati. La sua causa è un difetto di chiusura dello stomaco da parte di quell'apparato muscolare composto sia dallo sfintere esofageo inferiore (LES) che dai pilastri diaframmatici.

Per molto tempo la diagnosi di questa condizione era affidata principalmente all'esame endoscopico in cui si valuta lo stato infiammatorio a carico dell'esofago e la presenza di una ernia jatale o di una ipotonia (ridotta pressione) a carico dello sfintere esofageo inferiore. Quindi una diagnosi limitata a dati anatomici.

Le indagini cosiddette funzionali, che ci possono dare spiegazioni precise di quanto il fastidio sia grave e di che tipo di reflusso il paziente è affetto, per diverso tempo sono state abbastanza difficili da interpretare.

Negli ultimi anni l'avanzamento tecnologico ha fatto grandi progressi e finalmente siamo in grado di fare una precisa diagnosi di malattia da reflusso personalizzata per ogni paziente. Per semplificare, la differenza tra le vecchie e le nuove metodiche possono essere paragonate alla visione della luna vista con il cannocchiale o con il telescopio!

Vediamo quali sono queste indagini.
MANOMETRIA ESOFAGEA AD ALTA RISOLUZIONE

La manometria esofagea indaga la motilità dell'esofago ed il tono dei suoi sfinteri. In passato si sono usati dei sondini posizionati nel naso a perfusione con acqua, purtroppo si potevano avere dei valori alquanto difficili da estrapolare e considerare come veritieri.

La Manometria ad Alta Risoluzione (High-Resolution Manometry) consiste in un notevole sviluppo tecnologico, ottenuto attraverso l'uso di sondini dotati di un elevato numero di sensori e collegati ad un computer con software dedicato in grado di trasformare le pressioni in tonalità di colore espresse poi in un grafico molto semplice da interpretare. Questa nuova

tecnologia, oltre a velocizzare l'esecuzione dell'esame, ne migliora sensibilmente la capacità di discriminazione delle varie alterazioni motorie.

Ovviamente questa estrema accuratezza diagnostica ne ha enormemente aumentato il suo utilizzo nella pratica clinica perché ci fornisce moltissimi dati:

- sulla motilità dell'esofago, che corrisponde alla capacità che l'esofago ha di difendersi dalla risalita del succo gastrico. Questo valore è determinante per capire, eventualmente, quale tipo di plastica antireflusso si può realizzare per correggere il difetto.

- sulla conformazione della valvola cardiaca, sia della sua lunghezza totale (almeno 5cm), sia della sua porzione addominale (almeno 2 cm).

- sull'eventuale presenza di ernia jatale.

- sul tono pressorio di quelle strutture di chiusura dello stomaco.

Per eseguire l'esame il paziente deve essere a digiuno dalla sera precedente e deve aver interrotto da almeno una settimana l'assunzione di medicinali che influiscono sulla motilità esofagea (procinetici). Gli altri farmaci possono essere assunti regolarmente (in caso di dubbio consultare il medico).

La manometria si esegue in regime ambulatoriale, con il paziente

cosciente con un sondino di pochi millimetri di diametro, lubrificato con gel anestetico, che attraverso una narice lo fa progredire fino in cavità gastrica

Non è possibile eseguire sedazione perché, oltre ad essere necessaria la collaborazione del paziente durante tutto

l'esame, l'effetto miorelaxante interferirebbe con la motilità esofagea, che è l'oggetto di studio.

In genere l'esame è ben tollerato. **PH-IMPEDENZIOMETRIA ESOFAGEA DELLE 24 ORE**

La vecchia pH-metria era uno studio in cui si poteva valutare solo l'abbassamento del Ph (indicatore di acidità) nell'esofago, indice di risalita di succo gastrico.

Tale metodica non permetteva di andare ad esplorare una serie di caratteristiche dell'eventuale materiale refluito.

Per tale motivo si è aggiunta una valutazione impedenziometrica, ovvero si sfrutta il principio fisico per il quale i liquidi aumentano la conduzione dell'elettricità e quindi abbassano l'impedenza, l'effetto contrario viene esercitato dai gas.

L'esame si esegue dopo aver fatto la manometria, che ci dice con precisione a quanti centimetri dall'arcata dentaria si trova la nostra valvola (LES).

Solo avendo questo dato si può posizionare attraverso il naso un sondino speciale, la cui punta deve stare a 5 cm

dal LES. Questo sondino viene



collegato ad un piccolo apparecchio portatile che registra nell'arco di 24 ore cosa succede tra esofago e stomaco; è fondamentale la giusta distanza per avere un dato corretto dell'esame. Il sondino è assemblato in modo da avere 6 segmenti che misurano l'impedenza posti a 3,5,7,9,15 e 17cm dal LES e un elettrodo misurante il pH posto a 5cm dalla punta del catetere.

Il paziente viene istruito a cercare di fare la vita di sempre indicando sul registratore 4 eventi: i pasti, il sonno, l'assunzione di farmaci e la sintomatologia.

È indicato soprattutto nei casi dubbi in cui i precedenti step non abbiano dimostrato una certa correlazione tra quadro clinico, riscontro anatomico e dato funzionale.

Per eseguire una pH-Impedenziometria è necessario essere a digiuno da almeno 6 ore ed aver sospeso da almeno 10 giorni l'assunzione di farmaci antisecretori gastrici (Inibitori della Pompa Protonica). Possono essere mantenute le altre terapie in atto per malattie croniche (es. diabete, ipertensione, malattie cardiovascolari, ecc.). Con la pH-impedenziometria possiamo avere informazioni molto più precise sul singolo episodio di reflusso, in

Particolare:

Le caratteristiche chimiche (acidi e non acidi) Secondo i criteri stabiliti alla consensus di Lione si considera patologico avere una esposizione acida totale dell'esofago superiore al 6.3% nell'arco di 24h.

Le caratteristiche fisiche (solidi, liquidi, gassosi)

L'estensione all'interno dell'esofago Si calcola fino a che altezza sale il reflusso.

Il numero giornaliero di reflussi che si considera patologico (consensus di Lione) superiori a circa 80, differenziandoli anche in relazione alla loro composizione ed alla posizione del paziente.

Molto importante è anche la correlazione tra fastidio percepito dal paziente ed evento registrato. L'associazione tra il sintomo con la reale risalita di succo gastrico determina l'assoluta certezza che i disturbi percepiti dal paziente sono legati alla malattia.

Quindi in conclusione oggi è possibile dire che la malattia da reflusso non ha più misteri.

***Specialista in Chirurgia Dell'Apparato Digerente Ed Endoscopia Digestiva Responsabile dell'UNITA' DI CHIRURGIA LAPAROSCOPICA E SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA Casa di cura Villa Maria**

SENOLOGIA

Intelligenza artificiale e tomosintesi

Graziella Di Grezia*



L'intelligenza artificiale ha un potenziale significativo nell'ottimizzazione dell'utilizzo della tomosintesi mammaria.

La mammografia "quasi 3D" può aumentare i tassi di rilevamento di carcinoma della mammella, ridurre i tassi di richiamo, ridurre ulteriormente la dose di radiazioni del paziente e migliorare l'efficienza clinica.

Il passaggio dalla mammografia 2D alla tomosintesi in screening è allo stato ancora una procedura sperimentale in Italia e possibile soltanto in alcuni centri; studi recenti hanno dimostrato una maggiore accuratezza diagnostica



e un minor tasso di richiami [Radiographics, Nov 2022].

Tuttavia, l'utilizzo routinario della tomosintesi solleva nuove sfide, tra cui un numero maggiore di immagini acquisite e quindi tempi di interpretazione più lunghi.

Allo stato le principali applicazioni dell'intelligenza arti-

ficiale riguardano la mammografia 2D, anche se i software dedicati alla tomosintesi possono aumentarne i vantaggi.

Durante le fasi diagnostiche di detection, caratterizzazione e classificazione delle lesioni, gli algoritmi di intelligenza artificiale possono non soltanto aiutare a rilevare risultati

indeterminati o sospetti, ma anche aiutare a prevedere la probabilità di malignità di una focalità.

Durante l'acquisizione e l'elaborazione delle immagini, gli algoritmi di intelligenza artificiale possono aiutare a ridurre la dose di radiazioni e migliorare la visibilità delle lesioni su immagini 2D sintetiche. L'uso di algoritmi di intelligenza artificiale può anche migliorare l'efficienza del flusso di lavoro e ridurre il tempo di interpretazione del radiologo.

L'ulteriore sviluppo di modelli di intelligenza artificiale per tomosintesi può implementare l'accuratezza diagnostica, migliorando le performance del radiologo e ottimizzando il lavoro e la valutazione diagnostica.

***Radiologo PhD**