

Cernobbio - FABIO FIORAVANTI

Negli Stati Uniti lo chiamano "Hospitalist" ed è una figura professionale in rapida ascesa. Dal 1995 al 2006 la presenza dell'Hospitalist nei nosocomi americani è passata dal 5 a 19 per cento: un fenomeno che rispecchia la necessità, sempre più sentita, di poter disporre di un medico ospedaliero in grado di prendere in carico pazienti complessi, con comorbidità e in politerapia, sempre più spesso anziani. A fronte della continua evoluzione delle cure specialistiche, del frammentarsi dei percorsi terapeutici centrati sulle singole patologie, assistiamo pertanto a una sorta di "ritorno al passato", ritagliato però sulle problematiche dei nostri tempi, e in primo luogo sull'assistenza integrata al paziente critico con malattie croniche.

#### Dalle evidenze al mondo reale

Un tema di grande attualità, ripercorso nelle sue multiformi espressioni, anche dagli internisti convenuti a Cernobbio per il 14° congresso della Federazione delle associazioni dei dirigenti ospedalieri di medicina interna (Fadoi): la figura chiave nella gestione delle nuove problematiche cliniche è infatti proprio il medico internista, le cui funzioni all'interno delle strutture ospedaliere assumono una fondamentale valenza strategica. «Teniamo conto che l'80 per cento dei pazienti che arrivano in ospedale dal pronto Soccorso vengono ricoverati in Medicina Interna. Si tratta spesso di malati complessi ai quali difficilmente possono essere applicate le linee-guida per il trattamento della patologia in quel momento prevalente. Per questo motivo nel corso del nostro congresso abbiamo dedicato una sezione alla "medicina senza evidenza", perché di fatto le linee guida sono il risultato di studi clinici che spesso arruolano pazienti che non esistono nella pratica clinica. Oppure si rifletta sulla medicina di genere. Le linee guida sono state prodotte soprattutto sul paziente maschio ma le caratteristiche della malattia di cuore delle donne non sono completamente sovrapponibili. Si pensi ad esempio agli effetti collaterali degli Ace-inibitori: questi colpiscono il 5 per cento degli uomini in trattamento contro il 19 per cento osservato nella popolazione femminile. E ovviamente tutto questo pone problemi anche di carattere medico-legale che saranno discussi a Cernobbio dal giudice Raffaele Guariniello», osserva Antonino Mazzone, presidente Fadoi e primario della Medicina 2 di Legnano. La visione dell'internista intende dunque declinare gli standard clinico-terapeutici in base alle esigenze del singolo paziente, inquadrato nella sua globalità: «Quando parliamo di problematiche non

Congresso Fadoi, l'antica vocazione della medicina interna torna di grande attualità

## Uno stratega al letto del malato per la gestione delle complessità

ben definite, di co-morbidità, facciamo riferimento soprattutto al paziente anziano», conferma al proposito Nanni Mathieu, primario dell'ospedale di Pinerolo, past-president Fadoi. «Il 90-95 per cento dei soggetti che accedono in Medicina Interna arrivano attraverso un regime non programmato, cioè dal Pronto Soccorso, e nell'80-90 per cento dei casi si tratta di anziani. E qui ci troviamo a dover affrontare un'altra emergenza: la chiusura dei posti letto. Accade così che, per 6-7 mesi all'anno i nostri pazienti siano dislocati fuori reparto, per esempio in chirurgia o ginecologia, pur continuando ad essere seguiti dall'internista». «A fronte del problema posti letto, abbiamo valutato una strategia che

### COLLABORAZIONI IN CORSO E INIZIATIVE DI SOLIDARIETÀ

COME SI CONVIENE a un'organizzazione impegnata nel gettare ponti con le varie specialità, il congresso Fadoi ha ospitato simposi congiunti con diverse società scientifiche, ma anche con associazioni di pazienti come la Gils, per la diagnosi e il trattamento della sclerodermia. In primo piano, inoltre, la carta della qualità in Medicina Interna redatta da Fadoi in collaborazione con Cittadinanza Attiva. Sul piano dell'impegno solidaristico, durante il convegno si è voluto dare un aiuto concreto al Rotary Club della Lomellina per completare la realizzazione dell'asilo Wasa in Tanzania. Infine, l'organizzazione nazionale, su proposta di Filippo Salvati e di Fadoi Abruzzo che si farà garante dell'iniziativa, finanzia il progetto di costituzione di un reparto di Medicina Interna.

prevede il coinvolgimento dell'internista nei gruppi di cure primarie», continua Mazzone. «Da qualche tempo portiamo avanti un progetto pilota per l'integrazione della medicina sul territorio, partito a Milano nella Asl 1. Nel progetto, lo specialista di medicina interna invece di

fare ambulatorio in ospedale va nei centri di cure primarie e lavora ac-

canto al medico generalista. Secondo lo studio, presentato al congresso, se dopo un anno confrontiamo i dati del progetto pilota con quelli degli ambulatori dove c'è solo il medico di base, vediamo una riduzione dei ricoveri non urgenti del 14 per mille, cioè ci sono 14



Antonino Mazzone  
presidente nazionale Fadoi

ricoveri in meno ogni mille abitanti, portando la media da 72 a 58 ricoveri per mille. Inoltre, quando l'internista è coinvolto nella gestione dei pazienti in reparti specialistici si ottengono notevoli benefici: per esempio, al Niguarda di Milano, dove l'internista segue i pazienti in Ortopedia, si ha una riduzione dei tassi di complicanze dopo la chirurgia e della degenza».

#### I rapporti con le specialità

Ma come si colloca l'internista di fronte a un paziente complesso, affetto da polipatie, con una malattia di competenza specialistica in fase attiva, come per esempio un'artrite reumatoide? «Noi riteniamo - spiega Nanni Mathieu - che in questi casi la Medicina Interna svolga un'importante funzione di regia.

Si tenga conto che il 40 per cento delle Medicine svolge anche un'attività reumatologica mentre, in una regione come il Piemonte, ci sono solo 3 strutture complesse di reumatologia (30 in tutta Italia). Dunque, è fondamentale che proprio a livello della Medicina Interna si svolga un lavoro di screening su questa tipologia di pazienti: lo specialista può essere chiamato per un consulto e nei casi più gravi il paziente può essere trasferito nel reparto specialistico».

Si conferma il sotto-utilizzo nei reparti, mentre un trial italiano apre alla prevenzione in corso di chemioterapia

## Tromboprolifassi, un'occasione sprecata

LA PREVENZIONE del tromboembolismo interessa prevalentemente i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico, mentre molto più recente è lo sviluppo di una sensibilità verso queste complicanze nei pazienti con malattie di interesse internistico. Proprio a Cernobbio, in occasione del congresso Fadoi, sono stati presentati i risultati di un importante studio, appena pubblicato su *Thrombosis and Haemostasis* (2009; 101 (5): 893-901) condotto su 4800 pazienti consecutivi e non selezionati in 27 reparti di Medicina Interna italiani.

### Studio Gemini, pazienti candidati non trattati

L'indagine, promossa dal centro studi Fadoi, aveva lo scopo di colmare una lacuna conoscitiva derivante dal fatto che i dati sul tromboembolismo venoso in medicina derivano da studi randomizzati di intervento farmacologico, con pazienti selezionati sulla base di criteri di inclusione spesso troppo rigidi.

«Quello che emerge dallo studio Gemini (GEstione in Medicina Interna del tromboembolismo venoso nel paziente internistico ospedalizzato) - spiega Mazzone - è che un paziente su 25/30 ri-

coperti in Medicina è affetto da questa patologia e ancora oggi la profilassi del tromboembolismo non viene fatta su tutti i pazienti che ne avrebbero bisogno e che rappresentano circa il 40 per cento dei ricoveri in Medicina Interna». Sintomi di tromboembolismo venoso (Tev) sono comparsi nello 0,55 per cento dei pazienti più di 48 ore dopo il ricovero, si parla dunque di eventi acquisiti in ospedale. La prevalenza globale di Tev, comprendente quindi anche i pazienti con sintomi rilevati prima o durante il ricovero, si è attestata sullo 3,65 per cento della popolazione. Ma il dato su cui gli autori invitano a riflettere è che so-

lo il 58,7 per cento dei pazienti candidati alla profilassi secondo le linee guida 2004 dell'American College of Chest Physicians, sono stati effettivamente sottoposti al trattamento.

«Siamo di fronte a un evidente sotto-utilizzo», osserva Ido Iori, direttore del Centro Studi Fadoi.

«La complessità di questi pazienti rende difficile l'applicazione delle linee-guida sulla profilassi antitrombotica ma i risultati dello studio Gemini devono indurci a fare molto di più».

Sempre nell'ambito della

### Studio Protecht, una svolta per l'oncologia

prevenzione della Tev, ha suscitato grande interesse in tutto il mondo la pubblicazione dei risultati dello studio Protecht di Giancarlo Agnelli, università di Perugia. Circa 1700 pazienti colpiti da tumore e per questo avviati a chemioterapia sono stati randomizzati in un gruppo placebo oppure eparina a basso peso molecolare per la prevenzione del tromboembolismo.

«Eventi tromboembolici si sono verificati nel 2.1 per cento dei pazienti in trattamento attivo contro il 3,9 per cento registrato nel gruppo placebo. Più a rischio di Tev i soggetti con tumore del pancreas e del polmone. Emorragie maggiori correlate al trattamento sono state osservate nello 0,7 per cento dei pazienti. «Questo significa che la tromboprolifassi riduce di quasi il 50 per cento il rischio di eventi trombotici in pazienti ambulatoriali sottoposti a chemioterapia antitumorale», commenta Mazzone. «Lo studio sta facendo parlare di sé in tutto il mondo ed è stato selezionato su oltre duemila studi per una presentazione al congresso della Società americana di ematologia». L'accoglienza riservata allo studio di Agnelli lascia presagire un prossimo cambio di paradigma in questi pazienti.

## Prendersi cura del cuore delle donne

Maria Grazia Modena: «Ora abbiamo gli strumenti: usiamoli»

IL PUNTO di svolta per la prevenzione cardiovascolare al femminile risale al 2004, con la pubblicazione su *Circulation* (2004; 109: 672) delle apposite linee guida, poi aggiornate nel 2007 (*J Am Coll Cardiol* 2007; 49: 1230). «Si tratta di uno strumento di grande valore per la prevenzione, che andrebbe utilizzato dai medici di medicina generale», osserva Maria Grazia Modena, cardiologa dell'università di Modena e Reggio Emilia, presente al congresso Fadoi. «E' importante raccomandare alle donne, soprattutto in post-menopausa, un controllo serio della pressione arteriosa, e in caso di valori alti, sottoporle a controlli ripetuti, modifica dello stile di vita e un intervento farmacologico mirato anche se su questo punto non esistono

orientamenti omogenei perché pochi studi hanno coinvolto le donne». Vediamo allora più da vicino le raccomandazioni essenziali relativi agli interventi sullo stile di vita per la prevenzione cardiovascolare nelle donne:

- Fumo di sigaretta: tutte le donne dovrebbero evitare il fumo di sigaretta anche attraverso programmi riabilitativi e farmacologici. Il fumo è la causa principale prevenibile di morte per le donne e riguarda anche le piccole fumatrici: fumare da 1 a 4 sigarette al giorno aumenta di più del doppio il rischio di coronaropatia.
- Attività fisica: ogni donna dovrebbe seguire un programma minimo di 30 minuti di attività fisica moderata (cam-

minare svelto) al giorno. Se è necessario ridurre il peso corporeo, questa attività dovrebbe essere di 60-90 minuti al giorno.

- Dieta: Seguire una dieta ricca di frutta, verdura, fibre e pesce almeno due volte alla settimana. Grassi saturi <10 per cento, colesterolo < 300 mg/die, consumo di sale < 2,3 g/die, non più di un drink alcolico al giorno.
- Peso corporeo: Raggiungere un BMI compreso tra 18,5 e 24,9.
- Acidi grassi omega-3: da aggiungere alla dieta al dosaggio di 850-1000 mg al giorno in donne cardiopatiche. Per trattare l'ipertrigliceridemia il dosaggio massimo è 2-4 g/die.
- Depressione: valutare la presenza di tale patologia ed eventualmente trattarla in tutte le donne cardiopatiche.