



RASSEGNA STAMPA **AMD**

Aggiornamento

6 APRILE 2018

ValueRelations[®]

Sommario

★ = da attività ufficio stampa **ValueRelations**®

TESTATA	TITOLO	DATA
MEDICINAE DOCTOR M.D.	<i>La settimana di un medico di famiglia</i>	Febbraio 2018
MEDICINAE DOCTOR M.D.	<i>L'unica terapia per il DM1 è l'insulina!</i>	Febbraio 2018
APPRODONEWS.IT	<i>Polistena, IX edizione Giornate aggiornamento medico</i>	03/04/2018

La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

Medico di famiglia - Venezia

Responsabile corso di Medicina di Famiglia, Università di Udine

Lunedì

Conosco la signora da molti anni, adesso è accudita da una badante e quando vado a visitarla la trovo seduta in poltrona di fronte alla televisione. Il mondo dei grandi anziani è quello della televisione, le giornate scorrono lente e si ripetono uguali l'una all'altra. Il tempo ha una dimensione diversa, non è lo stesso di chi ha cose da fare, obiettivi e traguardi. La riprova che il tempo è una variabile assolutamente relativa. "Buongiorno Antonia, sono venuto a farle il vaccino per l'influenza", "Bene, grazie. Come stai dottore? Hai figli?", "Sì uno, ha trent'anni", "Trenta anni?! Allora è proprio tanto che non vieni a trovarmi".

Martedì

La faccia è quella della "commedia dell'arte", in un napoletano stretto, che faccio fatica a comprendere, mi dice: "Dottore, il mio principale si è ammalato, non possiamo lavorare, mi da per cortesia un paio di settimane di malattia?". Quando ho provato a spiegarli che le cose non funzionano così, la faccia si è fatta minacciosa, se ne è andato impreccando sbattendo la porta.

Mercoledì

Su la "Lettura" inserto settimanale del "Corriere della Sera" di domenica 26/10/2017 c'è un articolo interessante di Giuseppe Remuzzi dal titolo "Sorpresa, Marx giova alla salute. Il capitalismo un po' meno". Nell'articolo si riportano autorevoli opinioni e scritti a sostegno di un sistema sanitario di tipo socialista. Ken Rogoff, economista del Fondo Monetario Internazionale, sostiene che la disputa fra capitalismo e socialismo dovrà presto fare i conti con la difesa della salute e l'aspettativa di vita.

Nell'articolo si ricorda come già Arnold Relman, per moltissimi anni *editor* del *NEJM* abbia criticato la

nuova industria della salute che non è diversa da qualunque altra e finisce per rispondere alle esigenze degli azionisti invece che alle necessità degli ammalati. Remuzzi fa presente come il Sistema Sanitario degli USA, Paese più ricco del mondo, faccia acqua da tutte le parti mentre costa più di qualunque altro e ricorda come Howard Waitzkin del Mass General Hospital di Boston nell'articolo pubblicato su "Annals of Internal Medicine" facesse presente che "l'unica via per mettere limiti alla crescita senza controllo e al profitto del settore privato sarebbe stata l'istituzione di un Servizio Sanitario Nazionale come in Gran Bretagna e in Italia".

Eppure, Richard Horton su "The Lancet" scrive commentando un articolo pubblicato a ottobre sulla stessa rivista da Michel Kazatchkine (*Health in the Soviet Union and in the post Post-Soviet Space*), l'esperimento comunista è fallito, oggi mancano farmaci, c'è una tecnologia obsoleta, le strutture sono fatiscenti e l'aspettativa di vita diminuisce. Remuzzi comunque conclude che il pensiero di Marx andrebbe rivalutato perché "mette in guardia dai pericoli di una società che fonda il benessere della popolazione sul libero mercato e dà sempre più credito, e in definitiva più potere, ad élite professionali orientate al profitto, che poi finiscono per creare malattie *product-driven*, quelle che esistono in funzione dei prodotti da vendere".

Nel ricordare che i Sistemi Sanitari di Svezia e Norvegia si stanno muovendo in una direzione marxista, l'articolo viene concluso dalle parole dell'editoriale di Horton: "Non c'è bisogno di essere marxisti per apprezzare Marx ma dobbiamo ammettere che la medicina ha molto da imparare da lui".

Devo dire che l'articolo mi ha colpito, e mi sono venute in mente alcune considerazioni: il Sistema Sanitario statunitense e quello del Regno Unito sono molto diversi eppure entrambi fanno acqua (nel 2016 il deficit del NHS inglese è stato di 2500 milioni di sterline), la speranza di vita in Svezia e in Norvegia sono più basse che in Italia e praticamente tutti i Paesi che gra-

vitavano nell'area sovietica, dopo la caduta del muro di Berlino, hanno scelto dei Sistemi Sanitari di tipo Bismarckiano (finanziato da una tassa sui salari pagata da imprenditori e lavoratori) e non un Sistema Beveridge (finanziato e controllato dallo Stato *tax-based*).

Allora, basta scegliere un modello politico per garantire equità ed efficacia a un sistema di erogazione delle cure? O c'è bisogno di prendere in considerazione qualcos'altro? A mio modesto avviso, bisogna considerare la localizzazione delle differenti discipline mediche all'interno del Sistema Sanitario. Quest'ultimo può essere realmente efficace solo con una Medicina Generale di qualità, nessun sistema (socialista o liberale) può reggere alla domanda di salute e dare risposte adeguate senza questa premessa.

In Olanda (modello Bismarck), per esempio, i medici di famiglia si fanno carico del 97% di tutti i problemi di salute delegandone solo il 3% agli altri specialisti. I sistemi di erogazione delle cure sono fallimentari in tutti i Paesi in cui la medicina generale non ha avuto spazio (paesi comunisti e USA) e stanno fallendo in tutti i Paesi in cui questa è amministrata e privata di autonomia e indipendenza (Regno Unito, Italia). I sistemi falliscono dove gli attori dei vari livelli di cura non sono definiti, dove sono presenti sovrapposizioni e soprattutto dove le sub-specialità agiscono anche nelle cure primarie.

In Italia, ad esempio, le specialità che dovrebbero essere di secondo livello si fanno carico delle malattie frequenti anche se la loro cura non richiede manovre o attrezzature particolari, questo grazie a PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziale), a Piani Terapeutici per i farmaci, a esenzioni ticket e al negato accesso alla diagnostica di "secondo livello" alla Medicina Generale. Negli Stati Uniti il numero ancora basso di medici di famiglia produce lo stesso effetto di delegare cure primarie a sub-specialità.

Nell'ultimo numero di *Annals of Family Medicine* del 2017 (vol. 15, 6, novembre/dicembre 2017) un bellissimo lavoro di ricerca, "Exploring Attributes of High-Value Primary Care" mette in evidenza, se ce fosse ancora bisogno, come la Medicina Generale sia fondamentale per una cura stratificata sul rischio personale, per le decisioni supportate dalla *evidence-based medicine*, per la scelta oculata delle sub-specialità, per una cura coordinata, per costruire protocolli di gestione e per risparmiare sulla spesa. Credo che prima di porsi domande se sia meglio orientarsi verso un Sistema Sanitario marxista o liberale valga la pena di mobilitarsi per far recuperare

alla Medicina Generale italiana il ruolo che ha perso in quello che, anche grazie a questa disciplina, era uno dei migliori Sistemi Sanitari del mondo.

Giovedì

Sto preparando un intervento ad un corso di formazione sulla malattia diabetica. Sono andato a leggermi gli Standard italiani per la cura del diabete mellito 2016 pubblicati congiuntamente dall'AMD (Associazione Medici Diabetologi) e dalla SID (Società Italiana di Diabetologia) e gli "Standards of care 2018" pubblicati dall'ADA (American Diabetes Association).

È interessante notare la differente collocazione della cura del diabete da parte delle associazioni italiane nei confronti di quelle d'oltre oceano. In Italia la cura del diabete è di pertinenza specialistica, di secondo livello, mentre negli USA è assolutamente di primo livello. In Italia i diabetologi definiscono chiaramente nella loro pubblicazione "i compiti del medico di medicina generale", in America i medici di medicina generale al contrario definiscono gli standard di cura. È paradossale che una sottospecialità come la diabetologia definisca i compiti di un'altra disciplina, specialità in tutto il mondo, e che questa non si indigni.

Di recente proprio l'American Academy of Family Physicians comunica di non aderire alle linee guida sul trattamento dell'ipertensione redatte dall'American Heart Association e dall'American College of Cardiology e da altre 9 società scientifiche e di continuare a mettere in pratica quanto suggerito dalle linee guida del 2014 perché, afferma Michael Munger, presidente AAFP, "l'approccio del medico di famiglia all'ipertensione è individuale, considera la storia del paziente, i fattori di rischio, le sue risorse e le sue preferenze". Tutta un'altra classe.

Venerdì

Arriva in ambulatorio M.P., una donna di trent'anni, sana: "Dottore vorrei che mi facesse l'impegnativa per una visita fisiatrica, si ricorda che avevo male al collo?". "Mi ricordo, ma adesso stai bene, non vedo necessità di chiedere consulenze". "Sì, dottore ma la cassa interna del mio lavoro mi paga la visita e, visto che è gratis, voglio farla". "Scusa, ma chi ti ha consigliato di fare questa visita che non ti serve?". "L'operatrice telefonica della cassa interna e se lei non vuole mi rivolgerò ad un altro medico!". È cronaca ormai quotidiana.

L'unica terapia per il DM1 è l'insulina!

Società scientifiche e associazioni dei pazienti diabetici hanno sottoscritto un comunicato unitario - "Senza Insulina si muore" - contro chi istiga alla sospensione della cura con insulina per pubblicizzare diversi prodotti

Le società scientifiche di diabetologia (SID, AMD, SIEDP) e le associazioni dei pazienti con diabete (FAND, Diabete Forum, AGD, ANIAD) sono scese in campo per ribadire un semplice ma vitale messaggio: l'unica terapia per il diabete tipo 1 è l'insulina e per i pazienti sospenderla vuol dire mettere a rischio la propria vita.

"In un Paese dove sembra a volte imperare la disinformazione scientifica, anche in un campo vitale (è il caso di ricordarlo) come quello delle scienze mediche, c'è anche chi, per evidenti interessi commerciali, può permettersi di promettere indisturbato di guarire le malattie più disparate, dall'Alzheimer, al diabete tipo 1, grazie ad una dieta miracolosa corredata da 'integratori' dal costo non irrilevante (ma questo è solo un dettaglio). Basta un microfono, una telecamera, un sito web e la fake news è servita" - si legge nel comunicato.

Le società scientifiche di diabetologia e le associazioni delle persone con diabete hanno deciso di lanciare l'allarme contro questa deriva scientifica, che rischia di provocare danni seri alle persone, che magari in un momento di debolezza o di stanchezza (non infrequenti in chi è affetto da una patologia cronica), decidano di dar

credito a personaggi televisivi, cedendo all'illusione di poter guarire il diabete tipo 1 con una dieta che promette di fare miracoli prolungando la vita.

I firmatari inoltre auspicano che al più presto le istituzioni sanitarie e le autorità competenti intervengano.

Firmatari del comunicato

Domenico Mannino - *Presidente AMD*
 Giorgio Sesti - *Presidenta SID*
 Stefano Cianfarani - *Presidente SIEDP*
 Giovanni Lamenza - *Presidente AGD Italia*
 Marcello Grussu - *Presidente ANIAD*
 Stefano Nervo - *Presidente Diabete Forum*
 Albino Bottazzo - *Presidente FAND*

Alcune puntualizzazioni per i pazienti

I firmatari hanno ritenuto utile ribadire alcune puntualizzazioni che i pazienti dovrebbero aver ben chiaro.

- ▶ Come per altre malattie autoimmuni, anche nel caso del diabete tipo 1 si stanno sperimentando cure volte a frenare l'attacco del sistema immunitario contro il pancreas; ci sono molti studi in corso, ma per il momento l'unica terapia è rappresentata dall'insulina. E di certo nessuna dieta si è mai dimostrata in grado di arrestare questo "attacco".
- ▶ Eliminare i carboidrati dalla dieta di una persona con diabete tipo 1 non serve: i carboidrati sono il 'carburante' giusto per produrre l'energia di cui l'organismo ha bisogno; purtroppo resta nel sangue circolante (dove può accumularsi a livelli pericolosi) perché per entrare nelle cellule ha bisogno dell'insulina. Se manca l'insulina, le cellule avranno a disposizione poco zucchero e dovendo produrre energia, utilizzeranno 'fonti energetiche' alternative, come proteine e soprattutto i grassi; questo porta alla formazione e all'accumulo di corpi chetonici. Quando il livello di corpi chetonici nel sangue aumenta a dismisura, compare la chetoacidosi che, se non corretta tempestivamente, può portare a morte. La somministrazione di insulina serve appunto ad evitare tutta questa reazione a catena, che può avere esiti fatali.

Polistena, IX edizione Giornate aggiornamento medico

Dal tema : "Attualità ed Opinioni Correnti in Medicina Interna". Nei giorni 4, 5, 6 e 7 aprile p.v. si terrà a Reggio Calabria, presso la Sala Congressi del Grand Hotel Excelsior di via Vittorio Veneto, 6



La quattro giorni di aggiornamento medico è stata organizzata anche quest'anno dal Dott. Francesco NASSO, Direttore della S.O.C. di Medicina Interna del P.O. di Polistena che dal 20 febbraio u.s. ha assunto anche la carica di Presidente Regionale della Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Interni della Calabria (F.A.D.O.I.) , e dal Dott. Elio STELLITANO, Direttore della S.O.C. di Medicina Interna del P.O. di Melito Porto Salvo dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria.

La Presidenza Onoraria del convegno, così come avvenuto nelle precedenti edizioni, è del Prof. Pasquale LANUCARA mentre della Presidenza del convegno fanno parte il Prof. Nino CARERJ, Prof. Ciro INDOLFI, il Prof. Giuseppe ORETO, il Prof. Giacomo PELAIA, Il Prof. Franco PERTICONE, Prof. Arturo PUJIA.

Responsabile Organizzativo dell'Evento la XENIA s.a.s. di Francesca MAZZA, via G. Verdi, 144 – Rende (CS)

L'evento ha ricevuto il patrocinio delle seguenti società scientifiche :

- A.D.O.I. : Federazione delle Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti ;
- I.M.I. : Società Italiana di Medicina Interna ;
- **M.D. : Associazione Medici Diabetologi ;**
- I.C. : Società Italiana di Cardiologia ;
- N.M.C.O. : Associazione nazionale Medicina Cardiologi Ospedalieri ;
- I.N. : Società Italiana di Nefrologia ;
- I.E.D. : Società Italiana di Endoscopia Digestiva ;
- I.P.O. : Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri .