volume 10
ISSUE 2
2022 settembre

SOCIETA' SCIENTIFICA DI MEDICINA INTERNA
FADOI
FEDERAZIONE DELLE ASSOCIAZIONI DEI DIRIGENTI OSPEDALIERI INTERNISTI

QUADERNI dell'Italian Journal of Medicine

A Journal of Hospital and Internal Medicine

The official journal of the Federation of Associations of Hospital Doctors on Internal Medicine (FADOI)

Non-commercial use only

Editor in Chief
Michele Meschi

Supervisor Editors
Roberto Nardi
Giorgio Vescovo

Progetto FADOI "EUCLIDE". Clinica, comunicazione, telemedicina e governance: le esperienze da COVID-19 per il futuro della Medicina Interna

Editors: Dario Manfellotto, Francesco Dentali, Andrea Fontanella

pagepress

www.italjmed.org

Non-commercial use only

SOCIETÀ SCIENTIFICA DI MEDICINA INTERNA
FADOI
FEDERAZIONE DELLE ASSOCIAZIONI DEI DIRIGENTI OSPEDALIERI INTERNISTI

SEGRETERIA NAZIONALE

Via Felice Grossi Gondi, 49 - 00162 Roma
Tel. +39.06.85355188 - Fax: +39.06.85345986
E-mail: segreteria@fadoi.org

Società Scientifica FADOI - Organigramma

PRESIDENTE NAZIONALE
Dario Manfellotto, Roma, Italy

PRESIDENTE ELETTO
Francesco Dentali, *Varese, Italy*

PAST PRESIDENT
Andrea Fontanella, *Napoli, Italy*

SEGRETARIO
Paola Gnerre, *Savona, Italy*

STAFF DI SEGRETERIA
Lorenza Lenzi, *Pomarolo (TN), Italy*
Ada Maffettone, *Napoli, Italy*
Claudia Tieri, *Bari, Italy*

TESORIERE
Giorgio Ballardini, *Rimini, Italy*

COORDINATORE COMMISSIONE GIOVANI
Ombretta Para, *Firenze, Italy*

RESPONSABILE RAPPORTI ISTITUZIONALI
Claudio Santini, *Roma, Italy*

RESPONSABILE RAPPORTI CON LE REGIONI
Alberto Fortini, *Firenze, Italy*

RESPONSABILE EVENTI E INIZIATIVE SPECIALI
Mauro Campanini, *Novara, Italy*

EDITOR-IN-CHIEF ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE E ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE - QUADERNI
Michele Meschi, *Fidenza (PR), Italy*

SUPERVISOR EDITORS DI ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE E ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE - QUADERNI
Roberto Nardi, *Bologna, Italy*
Giorgio Vescovo, *Padova, Italy*

RESPONSABILE SITO WEB E COMUNICAZIONE SOCIAL
Salvatore Lenti, *Arezzo, Italy*
Giuseppe Oteri, *Milano, Italy*

WEB MANAGER E CONTENT EDITOR
Giuseppe Oteri, *Milano, Italy*
Davide Ghilardi, *Milano, Italy*

RESPONSABILE SISTEMA GESTIONE QUALITÀ
Franco Berti, *Roma, Italy*

DPO
Alba Sciascera, *Magenta (MI), Italy*

CONSULTA DEI PRESIDENTI
Sandro Fontana, *Biella, Italy*
Salvatore Di Rosa, *Palermo, Italy*
Ido Iori, *Reggio Emilia, Italy*
Antonino Mazzone, *Legnano (MI), Italy*
Carlo Nozzoli, *Firenze, Italy*
Mauro Campanini, *Novara, Italy*
Andrea Fontanella, *Napoli, Italy*

Non-commercial use only

Italian Journal of Medicine

A Journal of Hospital and Internal Medicine

SOCIETÀ SCIENTIFICA DI MEDICINA INTERNA
FADOI
FEDERAZIONE DELLE ASSOCIAZIONI DEI DIRIGENTI OSPEDALIERI INTERNISTI

PRESIDENTE FONDAZIONE

Andrea Fontanella, Napoli, Italy

COORDINATORE

David Terracina, *Roma, Italy*

SEGRETARIO E RESPONSABILE SCIENTIFICO DEL PROVIDER ECM

Andrea Montagnani, *Grosseto, Italy*

DIRETTORI DEL DIPARTIMENTO DELLA RICERCA CLINICA FADOI

Filippo Pieralli, *Firenze, Italy*
Fulvio Pomero, *Savigliano (CN), Italy*

DIRETTORI DIPARTIMENTO PER LA FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

Luigi Magnani, *Voghera (PV), Italy*
Roberta Re, *Novara, Italy*

COORDINATORE SCIENTIFICO CENTRO STUDI FONDAZIONE FADOI

Gualberto Gussoni, *Milano, Italy*

DELEGATI SOCIETÀ SCIENTIFICHE COLLEGATE

FISM	Antonino Mazzone, *Legnano (MI), Italy*
SIF	Luigi Magnani, *Voghera (PV), Italy*
Consulta cardiovascolare	Michele Stornello, *Siracusa, Italy*
SIIA e ISO	Michele Stornello, *Siracusa, Italy* Arcangelo Iannuzzi, *Pomigliano d'Arco (NA), Italy*
EFIM	Antonio Brucato, *Milano, Italy* Lorenza Lenzi, *Pomarolo (TN), Italy*
Choosing wisely	Roberto Frediani, *Chieri (TO), Italy*

PROGETTI SPECIALI

AGGIORN@FADOI
Giuliano Pinna

PROGETTO NUOVE TECNOLOGIE
Francesco Nasso, Flavio Tangianu

PROGETTO MEDICINA DI GENERE
Cecilia Politi

PROGETTO COMPETENCE
Flavio Tangianu

PROGETTO GOVERNANCE
Stefano De Carli, Andrea Montagnani, Fabrizio Colombo

PROGETTO HOSPITALIST
Francesco Orlandini

PROGETTO FINE VITA
Mauro Carbone, Fabio Gilioli

PROGETTO GASTROENTEROLOGIA e FEGATO
Luca Fontanella, Paola Piccolo, Franco Radaelli, Giancarlo Parisi

PROGETTO NUTRIZIONE CLINICA
Roberto Risicato, Luciano Tramontano

PROGETTO MALATTIE INFETTIVE/ANTIBIOTICI
Claudio Santini, Massimo Giusti, Marco Falcone

PROGETTO ECOGRAFIA INTERNISTICA
Francesco Cipollini, Nicola Mumoli

PROGETTO MALATTIE RARE
Antonio Brucato, Antonella Paradiso

PROGETTO BPCO/NIV
Marco Candela, Giuseppe De Matthaeis, Francesco Ventrella

PROGETTO TROMBOSI
Mauro Silingardi, Matteo Giorgi Pierfranceschi, Pierpaolo Di Micco

PROGETTO TRIAL
Giancarlo Agnelli, Antonio Ceriello, Leo Fabbri, Claudio Ferri, Franco Radaelli, Paolo Verdecchia

PRESIDENTE ANÍMO

Gabriella Bordin, *Castelfranco Veneto (TV), Italy*

Non-commercial use only

QUADERNI - Italian Journal of Medicine

Progetto FADOI "EUCLIDE". Clinica, comunicazione, telemedicina e governance: le esperienze da COVID-19 per il futuro della Medicina Interna

Editors: Dario Manfellotto, Francesco Dentali, Andrea Fontanella

RASSEGNE

Introduzione 1

Materiali e Metodi 2

Gestione clinica del paziente complesso con patologie cardiovascolari e comorbilità 3

Gestione clinica del paziente complesso con diabete e comorbilità 6

Cura e comunicazione: l'esperienza nella pandemia e le prospettive future 11

Gestione a distanza del paziente complesso: la medicina digitale 14

Governance per la Medicina Interna 19

Considerazioni conclusive 23

Non-commercial use only

Non-commercial use only

Introduzione

La pandemia da SARS-CoV-2 ha enormemente condizionato le dinamiche di gestione delle malattie, con particolare riferimento a quelle a maggior impatto clinico ed epidemiologico. Tale fenomeno è di particolare rilievo in Reparti come quelli di Medicina Interna, che hanno sostenuto e sostengono la maggior parte del carico assistenziale correlato alla pandemia, e ai quali generalmente afferiscono pazienti gravati da multiple patologie concomitanti e complessi dal punto di vista gestionale.

A partire da queste considerazioni, Fondazione FADOI ha deciso di promuovere il progetto formativo 'EUCLIDE' con il quale analizzare cosa è cambiato e cosa verosimilmente cambierà nella gestione del paziente complesso e ricoverato in Medicina Interna in conseguenza della pandemia, evidenziando ciò che è stato appreso e analizzando le prospettive future.

L'analisi è stata effettuata prendendo come riferimento la gestione clinica di pazienti complessi e caratterizzati dalla presenza di patologie come quelle cardiovascolari e il diabete, ma anche affrontando argomenti di interesse e rilevanza trasversale come quelli inerenti la governance generale del sistema, l'applicazione di nuove tecnologie che possono permettere anche controlli a distanza del paziente, e gli aspetti comunicazionali e psicologici che sono stati fortemente influenzati dalla pandemia.

Non-commercial use only

Materiali e Metodi

Queste tematiche sono state analizzate e discusse all'interno di due webinar organizzati in modalità 'forum'. Il primo di essi (FASE definita 'ANALISI', svolto in modalità sincrona, in data 25 maggio 2021) ha previsto la costituzione di 5 gruppi di lavoro tematici (*classroom*), formati ciascuno da 8-10 partecipanti (totale n=51), coordinati da 2 Tutor esperti sul tema trattato e con la supervisione di un membro del Board Scientifico del progetto formativo. I temi attorno ai quali si è sviluppato il lavoro dei cinque gruppi sono stati: i) gestione clinica del paziente complesso con patologie cardiovascolari e comorbilità; ii) gestione clinica del paziente complesso con diabete e comorbilità; iii) cura e comunicazione: l'esperienza nella pandemia e le prospettive future; iv) gestione a distanza del paziente complesso: la medicina digitale; v) governance per la Medicina Interna.

L'obiettivo di ciascun gruppo è stato quello di discutere l'argomento assegnato facendo emergere le principali criticità ed elaborando alcune proposte di evoluzione e indirizzo migliorativo di tipo comportamentale/gestionale/organizzativo, che sono state presentate alla fine del primo webinar e discusse ulteriormente durante il secondo webinar (FASE definita 'AZIONE') rivolto ad una platea allargata di partecipanti. Questo secondo evento si è svolto *live* in data 29 giugno 2021 ma ha potuto essere seguito in modalità asincrona fino a dicembre 2021 (in totale il numero di partecipanti è stato di 325).

Infine, queste linee di indirizzo per migliorare la gestione del paziente complesso in Medicina Interna nel post-pandemia sono state presentate e condivise con una platea ancora più ampia nel corso di un simposio svoltosi in modalità ibrida (residenziale + web, 2 ottobre 2021) all'interno del XXVI Congresso Nazionale FADOI (FASE definita 'AMPLIFICAZIONE').

Durante tutto l'arco del progetto, i membri di ciascuno dei cinque gruppi di lavoro hanno potuto usufruire di una piattaforma digitale con funzioni sia di *sharing* (per la condivisione di documenti e articoli utili per l'elaborazione dei contributi e delle proposte), che di *community* (permettendo una discussione sulle tematiche assegnate).

Le proposte elaborate dai cinque gruppi sono state infine sviluppate nei cinque articoli raccolti in questo documento, con l'intento di fornire un utile supporto ai medici ed operatori sanitari nella gestione del paziente complesso e ricoverato in Medicina Interna alla luce delle criticità affrontate durante la pandemia.

Non-commercial use only

pagepress

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2022; volume 10(2):3-5

Gestione clinica del paziente complesso con patologie cardiovascolari e comorbilità.
Patologia cardiovascolare e COVID-19: gestione del paziente in fase acuta, post/long e vaccinato

Giuseppe Campagna,[1] Claudia Ferrigno,[2] Franco Mastroianni[3]

[1]Medicina Interna, PO Nord 'S. Maria Goretti', Latina; [2]Medicina Interna, Ospedale 'Gravina e S. Pietro', Caltagirone (CT); [3]Medicina Interna, Ospedale 'Miulli', Acquaviva delle Fonti (BA), Italia

Introduzione

L'infezione da SARS-CoV-2 nelle sue forme più gravi è tipicamente conosciuta come una sindrome respiratoria acuta conseguente ad un danno polmonare diretto e indiretto. Il quadro clinico dei pazienti si presenta in realtà più complesso, in quanto questa patologia determina un coinvolgimento sistemico e simultaneo di diversi apparati. In tal modo anche l'apparato cardiovascolare può essere gravemente colpito nella malattia COVID-19, anche se il suo coinvolgimento non è ancora ben chiaro e compreso.

La sindrome COVID-19 ha una spiccata tendenza protrombotica, con un rischio maggiore di trombosi venosa e di tromboembolia polmonare che possono peggiorare la prognosi. Lo stato pro-coagulativo rappresenta un elemento importante anche per le sequele che il paziente, guarito clinicamente e sierologicamente, può presentare nel corso del follow-up.

In alcune persone la malattia COVID-19 provoca conseguenze a lungo termine che possono avere un impatto significativo sulla qualità della vita. Secondo l'*Office for National Statistics*, circa una persona su cinque positive al COVID-19 sviluppa dei sintomi di durata ≥5 settimane. Ciò rappresenta una sfida per i relativi standard clinico-assistenziali, perché non esiste né una definizione clinica condivisa della *long-term* COVID-19, né una chiara identificazione del percorso terapeutico.

Il Long-COVID rappresenta una condizione clinica caratterizzata dal mancato ritorno da parte del paziente allo stato di salute precedente l'infezione acuta. I meccanismi mediante i quali l'infezione determina il Long-COVID non sono stati ancora completamente chiariti. Ci sono crescenti evidenze che supportano l'ipotesi di una genesi da danno d'organo diretto causato dal virus, ma potrebbe anche essere coinvolta una risposta immunitaria innata con rilascio di citochine infiammatorie o lo sviluppo di uno stato pro-coagulativo.

Anche i motivi per cui solo alcuni pazienti sviluppano Long-COVID al momento non sono noti, sebbene l'età avanzata e il sesso femminile sembrino fattori favorenti. Anche i bambini, pur se raramente, possono presentare sequele della malattia COVID-19. Sebbene non ci sia un sintomo specifico o un test per diagnosticare il Long-COVID, molti pazienti lamentano profonda astenia, e un corollario di sintomi clinici che evidenziano il coinvolgimento della maggior parte dei sistemi corporei.

Per le persone in attività, il Long-COVID può rendere difficile il rientro al lavoro, con ovvie conseguenze di carattere economico e di perdita di giorni lavorativi. Per le persone anziane il Long-COVID può avere un significativo impatto sullo stato funzionale e ridurre la loro autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane. Nel luglio 2021 l'Istituto Superiore di Sanità, nel rapporto ISS COVID-19 n.15/2021,[1] ha elaborato delle indicazioni ad interim per supportare i medici nella gestione del paziente con sintomi persistenti dopo la fase acuta della malattia, e proposto una classificazione in base al tempo di presentazione e durata dei sintomi dopo la guarigione dall'infezione da SARS-CoV-2: i) malattia COVID-19 sintomatica persistente: segni e sintomi attribuibili a COVID-19 di durata compresa tra 4 e 12 settimane dopo l'evento acuto; ii) sindrome post-COVID-19: segni e sintomi che si sono sviluppati durante o dopo un'infezione compatibile con COVID-19, presenti per più di 12 settimane dopo l'evento acuto e non spiegabili con diagnosi alternative.

Il Long-COVID comprende sia la forma sintomatica persistente sia la sindrome post-COVID.

Le proposte di indirizzo migliorativo si basano sulle considerazioni fisiopatologiche ed epidemiologiche e derivano dal fatto che è importante identificare il paziente, affetto da COVID-19, da sottoporre a profilassi antitrombotica, meglio se mediante l'uso standardizzato degli score (PADUA, IMPROVE). Per quanto riguarda i dosaggi da utilizzare, le evidenze disponibili supportano l'impiego di dosaggi standard di eparine a basso peso molecolare (EBPM), non avendo i dosaggi inter-

Non-commercial use only

medi determinato un miglioramento clinico e/o di esiti nella fase acuta della malattia.[2] L'opportunità di prosecuzione della tromboprofilassi venosa sistematica dopo la dimissione non è stata confermata, in quanto il rischio-beneficio rimane ancora incerto, ed è più ragionevole ipotizzare la prescrizione della profilassi soprattutto nei pazienti ad alto rischio.[3,4]

Maggiore interesse rivela invece l'uso di antiaggreganti nella gestione del rischio tromboembolico.[5] L'infiammazione sistemica ed il danno endoteliale in diversi organi ed apparati sono alla base dell'uso di clopidogrel; infatti, clopidogrel ha mostrato effetti protettivi per gravi lesioni polmonari (inibizione del reclutamento dei neutrofili nei polmoni infiammati) e infezioni letali indotte da diversi ceppi di influenza.[6]

Gli autori di un lavoro pubblicato su *Nature*,[7] in merito agli effetti del Long-COVID su vari organi ed apparati, concludono dicendo che *'Non è un'esagerazione affermare che Long-COVID rappresenta la prossima grande crisi sanitaria […]. Gli effetti persistenti [di COVID-19] si riverbereranno per molti anni e persino decenni. I medici devono essere vigili nel valutare le persone che hanno avuto COVID-19. Questi pazienti avranno bisogno di cure integrate e multidisciplinari'.*

Proprio in questa ottica si inseriscono le proposte operative di indirizzo migliorativo che riguardano l'uso della profilassi tromboembolica nel paziente dimesso, valutando il bilanciamento tra rischio trombotico e rischio emorragico mediante l'uso degli score (PADUA, IMPROVE), al fine di ridurre il rischio tromboembolico nei soggetti guariti clinicamente. Questo aspetto appare di particolare rilevanza nello specifico della problematica COVID, alla luce delle considerazioni sopra espresse e delle sequele che possono riguardare questi pazienti, ma rappresenta una significativa esigenza in generale per i pazienti dimessi da reparti di Medicina Interna. In tale prospettiva, e nella logica di perseguire una maggiore sensibilizzazione degli Internisti e di conseguenza un utilizzo più appropriato della profilassi post-dimissione, ci fa piacere ricordare l'impegno che la rete di ricerca FADOI ha alcuni anni or sono profuso nella realizzazione dello studio NoTEVole, che aveva come obiettivo la valutazione della frequenza e dei fattori associati all'adozione di una profilassi per la malattia tromboembolica venosa in pazienti dimessi da reparti di Medicina Interna.[8]

Più in generale, la gestione delle patologie cardiovascolari, gravate in soggetti con malattia COVID-19 da significativo rischio di outcome sfavorevole, deve essere ottimizzata ed è necessario recuperare tutte le strategie di prevenzione e di follow-up in questi pazienti, al fine di ridurre le riacutizzazioni e le ospedalizzazioni. La pandemia COVID-19 ha drammaticamente sottolineato quanto sia importante il miglior controllo possibile delle condizioni patologiche di base, al fine di rendere i pazienti meno vulnerabili rispetto alle possibili conseguenze di eventi patologici acuti. Da questo punto di vista preme una volta di più sottolineare quanto sia importante un maggiore coordinamento fra ospedale e territorio, per favorire l'appropriatezza e la continuità terapeutica soprattutto per terapie croniche (come quella antiaggregante, antidislipidemica, antidiabetica o anti-ipertensiva) per le quali permangono significative aree di miglioramento a livello prescrittivo e di aderenza da parte dei pazienti.

Infine, la pandemia COVID ha evidenziato con forza il valore della ricerca clinica, e delle evidenze da essa derivabili, nell'affrontare in maniera tempestiva quesiti anche di notevole impatto per la pratica clinica. Tutti ricordiamo il timore sorto nelle prime fasi della pandemia rispetto all'utilizzo di ACE-inibitori e sartani, in base all'ipotesi che questi farmaci potessero favorire l'ingresso e la diffusione del virus SARS-CoV-2 nelle cellule umane, aumentando l'espressione dei recettori ACE2. È superfluo ricordare in che misura gli ACE-inibitori ed i sartani abbiano modificato, in senso positivo, la prognosi nei pazienti con scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa e diabete mellito, nonché in altre condizioni cliniche, e quale impatto una misura di sospensione anche temporanea di queste terapie avrebbe potuto indurre i termini di salute pubblica.

Di fronte a questa specifica problematica, la comunità scientifica è stata in grado di esprimere una posizione tempestiva e sostanzialmente condivisa, sottolineando l'assenza di evidenze scientifiche (anche alla luce dei dati epidemiologici che stavano emergendo) che supportassero i timori sopra espressi, la presenza di dati che anzi indicavano effetti protettivi svolti dai sartani su alcune conseguenze dell'infezione virale, e ricordando come in realtà è noto che anche altri coronavirus (oltre a virus diversi), entrano nelle cellule dell'organismo attraverso i recettori ACE2, e se questa 'interferenza' tra virus ed ACE-inibitori o sartani fosse clinicamente rilevante sarebbe stata probabilmente documentata nelle numerosissime ricerche cliniche controllate su vaste popolazioni di pazienti che hanno riguardato queste categorie di farmaci.[9]

Non stiamo parlando di 'fake news', ma di una più che legittima, anzi doverosa dialettica scientifica che deve trovare una sintesi e risposte convincenti nelle evidenze prodotte dalla ricerca. Possiamo augurarci che anche questa faccia parte delle lezioni da apprendere dalla pandemia COVID-19.

Conclusioni - proposte di indirizzo migliorativo

Sulla base della discussione all'interno del Gruppo di Lavoro, le proposte emerse sono state:

- Considerare l'uso della profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente dimesso (bilanciamento

Non-commercial use only

tra rischio trombotico ed emorragico), e monitorare il rischio cardiovascolare nel paziente Long-COVID (permanenza dell'infiammazione, dell'ipercoagulabilità e malattie concomitanti).
- Ottimizzare le terapie cardiovascolari a fronte di un elevato rischio di outcome negativi in caso di infezione COVID-19.
- Recuperare le strategie di prevenzione e di follow-up dei soggetti affetti da patologie cardiovascolari (che si sono ridotte nel periodo pandemico).

Bibliografia

1. Rapporto ISS COVID-19 n. 15/2021 - Indicazioni ad interim sui principi di gestione del Long-COVID; Versione 1° luglio 2021.
2. INSPIRATION Investigators. Effect of intermediate-dose vs standard-dose prophylactic anticoagulation on thrombotic events, extracorporeal membrane oxygenation treatment, or mortality among patients with COVID-19 admitted to the Intensive Care Unit: The INSPIRATION Randomized Clinical Trial. JAMA 2021; 325(16): 1620–1630
3. Engelen MM, Vandenbriele C, Balthazar T, et al. Venous thromboembolism in patients discharged after COVID-19 Hospitalization. Semin Thromb Hemost 2021;47: 362-71.
4. Roberts LN, Whyte MB, Georgiou L, et al. Post discharge venous thromboembolism following hospital admission with COVID-19. Blood 2020;136:1347-50.
5. Godino C, Scotti A, Maugeri N, et al. Antithrombotic therapy in patients with COVID-19? Rationale and Evidence. Int J Cardiol 2021;324:261-6.
6. Lê VB, Schneider JG, Boergeling Y, et al. Platelet activation and aggregation promote lung inflammation and influenza virus pathogenesis. Am J Respir Crit Care Med 2015;191:804-19.
7. Al-Aly Z, Xie Y, Bowe B. High-dimensional characterization of post-acute sequelae of COVID-19. Nature 2021;594:259-64.
8. Squizzato A, Agnelli G, Campanini M, et al.; the FADOI-NoTEVole Study Group. Prophylaxis of venous thromboembolism after hospital discharge in internal medicine: findings from the observational FADOI-NoTEVole Study. Thromb Haemost 2019;119:2043-52.
9. Verdecchia P, Reboldi G, Cavallini C, et al. ACE-inibitori, sartani e sindrome respiratoria acuta da coronavirus. G Ital Cardiol 2020;21:321-7.

Non-commercial use only

pagepress

Gestione clinica del paziente complesso con diabete e comorbilità

Ada Maffettone,[1] Ernesto De Menis,[2] Maria Serena Fiore[3]

[1]Medicina Interna, Ospedale 'Monaldi' di Napoli; [2]Medicina Interna, Distretto di Asolo (TV); [3]Medicina Interna, Ospedale 'Pertini' di Roma, ASL Roma 2, Italia

Introduzione

La malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) continua a diffondersi rapidamente in tutto il mondo e sebbene le persone di tutte le età e provenienze siano a rischio di infezione, gli anziani e le persone con malattie concomitanti sono i soggetti a maggior rischio di essere colpiti in modo critico. L'analisi delle cartelle cliniche dei pazienti deceduti a causa di COVID-19 mostra che oltre il 75% di essi presentava almeno una condizione preesistente, e il diabete mellito sembra essere una delle più importanti comorbilità associate alla gravità della malattia stessa. Il diabete non incrementa il rischio di infezione da SARS-CoV-2, tuttavia è la patologia più frequentemente associata ai pazienti che presentano una forma severa di malattia.[1,2] Partendo da queste considerazioni e dalle esperienze sul campo nei reparti COVID, il gruppo ha individuato gli aspetti più impegnativi e meritevoli di approfondimento in un'ottica di continuo miglioramento della gestione dei pazienti diabetici, indipendentemente dalla patologia COVID-relata.

L'attenzione del gruppo di lavoro sui pazienti diabetici in corso di COVID-19 non si è rivolta solo a valutare le implicazioni cliniche e psicologiche del problema, ma anche alle diverse opzioni terapeutiche utilizzate più frequentemente nel corso della pandemia (quali la terapia steroidea). Ciò ha condotto il gruppo stesso a riesaminare sia gli aspetti clinici che gestionali della terapia quali nuove insuline e schemi insulinici innovativi, possibile utilizzo di associazioni di farmaci, *etc*.. Ma ha permesso altresì di evidenziare eventuali criticità, ad esempio gli aspetti nutrizionali che, soprattutto nei diabetici e nei reparti semintensivi, spesso rappresentano una sfida terapeutica e gestionale per il personale sanitario (es. terapia insulinica nei pazienti in nutrizione artificiale, NA).

Dall'analisi dei reali cambiamenti operati per necessità, è scaturita l'opportunità di 'imparare la lezione' per la migliore gestione dei diabetici anche in previsione di un superamento del periodo emergenziale.

Dai momenti di discussione effettuati sono emersi tre aspetti fondamentali su cui si è incentrato il lavoro del gruppo: i) gestione del diabete nel paziente COVID ricoverato in area medica (possibile uso di farmaci innovativi in ospedale); ii) criticità della dimissione del paziente COVID con diabete (soprattutto nei pazienti *naive* alla terapia insulinica e in quelli con diabete indotto da steroidi), e necessità di implementazione di percorsi condivisi col territorio; iii) aspetti nutrizionali per la gestione del paziente diabetico COVID in area medica sub-intensiva.

Gestione del diabete nel paziente COVID ricoverato in area medica (possibile uso di farmaci innovativi in ospedale)

Sono apparsi obiettivi condivisi di trattamento (Figura 1): i) ottimizzazione del controllo glicemico; ii) riduzione del rischio cardiovascolare globale; iii) governo dell'iperglicemia e dello stato infiammatorio; iv) semplicità di somministrazione della terapia; v) necessità della riduzione dei contatti del personale sanitario con gli ammalati ricoverati.

Sulla base di tali premesse si è convenuto che: i) l'opzione preferita per i pazienti critici diabetici affetti da COVID-19 trattati in terapia semintensiva/intensiva e con scompenso glico-metabolico deve basarsi su un regime insulinico intensivo con un dispositivo di perfusione e.v.; ii) l'opzione per i pazienti ospedalizzati affetti da COVID-19 in condizioni non critiche, capaci di alimentarsi per os, deve preferibilmente basarsi su un regime insulinico con schema *basal-bolus* con analoghi dell'insulina basale e prandiale al fine di raggiungere l'intervallo di glucosio *target* raccomandato di 140-180 mg/dL.[3]

Alcune considerazioni interessanti sono scaturite da riflessioni riguardanti il tema degli agonisti del recettore GLP-1 (GLP1-RA) e dal concetto che il diabete mellito di tipo 2 (DMT2) e COVID-19 condividono uno stato infiammatorio comune (acuto/cronico):[4] i) il GLP-1 aumenta fisiologicamente in risposta al cibo stimolando la secrezione di insulina e abbassando quindi i livelli di glucosio circolanti; ii) alti livelli di citochine pro-infiammatorie come IL-1β e IL-6 stimolano la secrezione del GLP-1. Il GLP-1 a sua volta è in grado di ridurre i livelli di queste citochine al fine di attenuare la risposta infiammatoria, l'iperglicemia e l'infiammazione.

Non-commercial use only

OPEN ACCESS

Allo stesso modo, l'insulina è in grado di ridurre sia i livelli di glucosio circolanti che lo stato infiammatorio.[5]

La combinazione di insulina basale e GLP1-RA ha dimostrato un'elevata efficacia nel ridurre l'emoglobina glicata (HbA1c), limitare l'aumento di peso corporeo e gli eventuali episodi di ipoglicemia rispetto ai trattamenti insulinici intensificati. La disponibilità di combinazioni a rapporto fisso di insulina *long acting* e GLP-1-RA, che possono ridurre il numero di iniezioni rispetto alla somministrazione separata dei farmaci, ha fatto ipotizzare un loro ruolo come possibile alternativa all'insulina basale o allo schema *basal plus*/*bolus* nel paziente non critico, essendo il vantaggio della singola somministrazione molto apprezzato sia dal paziente che dal personale sanitario (anche in virtù della riduzione dei contatti come confermato dalle esperienze sul campo di alcuni centri).

Le categorie di pazienti che potrebbero beneficiare di queste moderne strategie di intensificazione sono gli individui fragili o i più anziani, per i quali una strategia di semplificazione del trattamento può migliorare i risultati clinici senza incidere sul rischio di ipoglicemia; i pazienti che ricevono regimi terapeutici complessi per comorbidità come CVD e CKD, nel tentativo di ridurre il numero di somministrazioni giornaliere e migliorare la QoL; le persone che soffrono di stress psicosociale ed emotivo correlato al DT2, all'obesità; individui con funzione cognitiva compromessa o ridotta che potrebbero trarre vantaggio dalla semplificazione del piano di cura. Ma anche pazienti ricoverati in ospedale, nei quali non sempre è necessario il regime *basal bolus*, ma che necessitano dell'azione combinata di insulina basale e GLP1-RA per poter coprire sia la glicemia a digiuno che quella post prandiale. Tale regime, messo a confronto anche con l'associazione insulina basale-SGLT2-inibitore e *basal bolus* si è dimostrato efficace in una strategia di de-intensificazione dal 'classico' *basal bolus*. Ciò appare particolarmente utile nei reparti ospedalieri ad alta intensità di cura dove una strategia di 'semplificazione' della terapia appare utile anche per il personale sanitario, gravato da intensa attività assistenziale. Non di meno, tale associazione combinata appare utile nei pazienti sottoposti a terapia steroidea ospedalizzati o meno nei quali spesso la iperglicemia è costante durante tutto l'arco della giornata, spesso con picchi post prandiali.

Figura 1. Obiettivi di trattamento del paziente COVID-19 con diabete mellito di tipo 2.

Studi preclinici dimostrano inoltre effetti anti-infiammatori delle incretine in vari tessuti compreso l'endotelio, ma i dati nel *setting* della sepsi/infiammazione restano tuttora limitati e sono necessari altri studi per esplorare il ruolo delle terapie a base di incretine come nuovi obiettivi per ottimizzare il controllo della glicemia, ridurre l'infiammazione sistemica e migliorare gli *outcome* dei pazienti con sepsi/infiammazione.[6,7]

In conclusione, dati gli effetti ipoglicemizzanti e antinfiammatori, insulina *long-acting* e GLP-1RA, quando associati, rappresentano una valida opzione terapeutica per il trattamento di pazienti con DMT2 anche ospedalizzati. La disponibilità di combinazioni a rapporto fisso, grazie alla singola somministrazione giornaliera presenta benefici aggiuntivi legati alla semplificazione terapeutica.

Glucocorticoidi-COVID-diabete

I glucocorticoidi (GC) inducono iperglicemia primariamente attraverso un meccanismo di insulino-resistenza. L'iperglicemia che ne consegue appare correlata fondamentalmente a: i) potenza del GC; ii) durata d'azione del GC; iii) dose del GC; iv) durata della terapia con GC.

Caratteristiche generali dell'iperglicemia da GC: i) è maggiore durante il giorno rispetto alla notte; ii) è caratterizzata soprattutto da picchi post-prandiali.

Monitoraggio glicemico: i) deve essere eseguito in tutti i pazienti trattati con GC (diabetici e non); ii) il dosaggio dell'emoglobina glicata permette di differenziare iperglicemia da stress dal diabete mellito; iii) la glicemia al mattino a digiuno risulta meno alterata rispetto a quella post-prandiale; iv) spesso i pazienti presentano ampie oscillazioni glicemiche in rapporto al timing della somministrazione di GC; v) i pazienti sono a rischio di sindrome iperglicemica iperosmolare (HHS); vi) bisogna porre attenzione alla riduzione/sospensione dello steroide per il rischio di ipoglicemia.

Terapia: i) interrompere, se precedentemente assunti, ipoglicemizzanti orali, in particolare SGLT2-I, metformina, pioglitazone, sulfaniluree; ii) gli schemi di terapia sono differenti a seconda dei valori glicemici presentati dal paziente:

Non-commercial use only

- schema *basal-bolus*: insulina basale + boli prandiali. La dose di insulina dei boli prandiali deve prevedere dosaggi più elevati degli stessi rispetto agli schemi classici: boli pari a 60-70% della dose totale, con dosaggio insulina basale che corrisponde al 40-30% della dose totale giornaliera (TDD).
- *basal-bolus* con insulina basale preferibilmente al mattino se il GC viene somministrato al mattino. Tra gli steroidi utilizzati frequentemente il desametasone è caratterizzato da elevata potenza e lunga durata d'azione; pertanto, appare utile somministrare l'insulina basale al mattino.
- lo schema che prevede al posto della sola insulina basale la formulazione insulina basale + GLP1-RA risulta particolarmente utile, sia per la facile applicazione sia per minimizzare il rischio di ipoglicemie. Il gruppo di lavoro ritiene che tale combinazione di farmaci potrà essere utilizzata in un futuro prossimo anche nella gestione dell'iperglicemia nei pazienti ospedalizzati, indipendentemente dall'epidemia COVID.
- insulina e.v. in infusione continua in caso di persistente iperglicemia nei pazienti critici, ad esempio nelle terapie intensive e semi-intensive.

Iperglicemia associata a infezione da SARS-CoV-2 e trattamento con steroidi: alla riduzione/sospensione della terapia steroidea deve essere attentamente e rapidamente rimodulata la terapia ipoglicemizzante per il rischio di ipoglicemia.

Criticità della dimissione del paziente COVID con diabete (soprattutto nei pazienti *naive* alla terapia insulinica e in quelli con diabete indotto da steroidi) e necessità implementazione di percorsi condivisi col territorio

Nei diabetici noti devono essere ribadite le istruzioni per monitoraggio glicemico/aggiustamento terapia a domicilio e bisogna prevedere un controllo a breve in regime ambulatoriale.

Nei diabetici di nuova diagnosi prima della dimissione bisogna cercare di garantire un percorso educazionale che preveda istruzioni sull'automonitoraggio domiciliare, sul regime nutrizionale appropriato, anche mediante intervento del *team* diabetologico (ove presente) e con appuntamento entro 30 giorni presso il Centro Antidiabetico territoriale di riferimento.

I pazienti che hanno ristabilito la normoglicemia dopo la sospensione del GC devono essere comunque posti in *follow-up*. Infatti, è oramai risaputo che l'iperglicemia transitoria durante l'ospedalizzazione rappresenta un *marker* di mortalità a 30 giorni importante. In particolare, sino a 1/3 dei pazienti con iperglicemia indotta da steroidi potrà sviluppare diabete, per cui tali pazienti devono essere monitorati a distanza di mesi mediante valutazione di glicemia ed emoglobina glicata annuali.[8-10]

Aspetti nutrizionali per la gestione del paziente diabetico COVID in area medica sub-intensiva

In assenza di studi dedicati al *management* della nutrizione del paziente affetto da COVID-19, le considerazioni condivise dal gruppo di lavoro si sono basate sulle conoscenze delle Linee guida di riferimento e sulla esperienza clinica degli Internisti partecipanti al Gruppo di Lavoro.

Un importante dato di partenza è che la presenza di diabete ed infezione da SARS-CoV-2 nelle Unità Operative subintensive complica la gestione clinica dello stato nutrizionale e metabolico condizionando la comparsa di malnutrizione e *outcome* avversi. Come è noto la malnutrizione (definita come uno stato di alterazione funzionale, strutturale e di sviluppo dell'organismo, conseguente alla discrepanza tra fabbisogni nutrizionali specifici, introito calorico e utilizzazione di nutrienti essenziali e di calorie) è un importante fattore prognostico sfavorevole, un fattore di rischio indipendente di morbilità e mortalità, nonché un generatore di alti costi sociali e ospedalieri.

Indipendentemente dalla condizione COVID-19, in ogni paziente diabetico ricoverato è necessario valutare il fabbisogno nutrizionale e, soprattutto, la presenza o il rischio di malnutrizione;[11] in generale, il 20-50% dei soggetti ospedalizzati presenta una compromissione dello stato nutrizionale e, tra le categorie a maggior rischio, vi sono gli anziani, i pazienti affetti da patologia cronica o da polipatologie, i pazienti oncologici, quelli chirurgici e i neurologici.

La valutazione del rischio nutrizionale va effettuata entro 48 ore dal ricovero e a cadenza settimanale. I parametri da misurare al ricovero sono rappresentati da: i) *peso corporeo*: rilevato al momento del ricovero e quindi settimanalmente; un decremento >5% nell'ultimo mese è probabilmente indicativo di una situazione di malnutrizione in atto; ii) *altezza*: è necessaria per il calcolo del BMI. Nei pazienti allettati la statura può essere predetta a partire dalla semi apertura delle braccia o attraverso la determinazione dell'altezza del ginocchio, entrambi parametri strettamente correlati alla statura; iii) *body mass index (BMI)*: il BMI va aggiornato settimanalmente a seguito della rilevazione del peso corporeo; iv) *parametri biochimici*: quelli di più semplice determinazione ed interpretazione sono l'albuminemia e la conta linfocitaria; va tenuto presente che possono essere influenzati da malattie concomitanti.

Il BMI è inadatto a valutare lo stato nutrizionale dell'anziano perché lo sovrastima, per cui nell'anziano diabetico è preferibile utilizzare una valutazione nutrizionale più approfondita utilizzando il *Mini-Nutri-*

Non-commercial use only

tional Assessment (MNA) o il MUST (*Malnutrition Universal Screening Tool*).

In caso di rischio accertato di malnutrizione è opportuno che un *team* specialistico prenda in carico il paziente per iniziare tempestivamente il trattamento nutrizionale.

Nel paziente diabetico che inizia la nutrizione artificiale (NA) occorre porre attenzione alla composizione in macronutrienti e micronutrienti della miscela nutrizionale, sia in nutrizione enterale (NE) che in nutrizione parenterale (NP) ed ottimizzare, se necessario, la terapia insulinica.

La nutrizione artificiale

Il trattamento nutrizionale nel paziente diabetico va iniziato solo con glicemia <200 mg/dL e con l'obiettivo del mantenimento dei valori glicemici compresi tra 140-180 mg/dL (in assenza di chetonuria o altre complicanze come disidratazione ed iperosmolarità).

Il controllo della glicemia in corso di NA deve essere ottimale in quanto la glicemia >250 mg/dL influenza negativamente la risposta immunitaria e le capacità battericide cellulari, aumentando il rischio di infezioni (in NP, ad esempio, il rischio di sepsi del catetere venoso centrale aumenta di 5 volte nel paziente diabetico). Il controllo della glicemia va effettuato di regola con strisce reattive a lettura rapida mediante glucometro, all'inizio ogni 2-3 ore, successivamente ogni 6 ore circa; Il controllo di osmolarità, emogasanalisi, elettroliti, ecc. va effettuato secondo buona pratica clinica.

Strategie di nutrizione artificiale in COVID-19

La NE è da preferire alla NP nella fase acuta della malattia critica (primi 5-7 giorni), con indicazione ad essere iniziata precocemente (entro le 24-48 ore dal ricovero in ambiente intensivo/semintensivo), dopo aver raggiunto un accettabile compenso emodinamico ed in assenza di ipossiemia ed ipercapnia non controllate. Poiché in questi pazienti deve essere utilizzata una strategia restrittiva di gestione dei fluidi, il volume della NE e/o NP deve essere tenuto in attenta considerazione ed eventualmente limitato, almeno nei primi 2-3 giorni di terapia.

La NE va iniziata con una miscela polimerica standard a bassa velocità (10-20 mL/h), con la supplementazione e.v. (preferibilmente nelle ore notturne, data la fotosensibilità di alcune molecole) di micronutrienti sin dal primo giorno, in particolare: tiamina (100-300 mg/die); multivitaminico 1 fiala/die; oligoelementi multipli 1 fiala/die, fino a quando NE=1500 mL/die. La velocità di infusione va incrementata progressivamente secondo la tolleranza e l'andamento degli scambi gassosi, sino a raggiungere 20-25 kcal/kg p.c./die. L'infusione va sospesa o ridotta di velocità in caso di comparsa di sintomi di intolleranza (dolore, distensione addominale, residuo gastrico >500 mL/6 ore).

Il monitoraggio clinico e laboratoristico dello stato metabolico-nutrizionale può essere: i) a cadenza giornaliera: bilancio idrico, diuresi oraria, glicemia, elettroliti; ii) ogni 2-3 giorni: azotemia, creatininemia; iii) settimanale: bilirubina, transaminasi, albumina, assetto lipidico.

Nutrizione parenterale e terapia insulinica

In ambito di NP il fabbisogno insulinico giornaliero (TDD) va stabilito in base alle caratteristiche cliniche e metaboliche del soggetto. Nel soggetto in NPT stabilizzato che utilizza una pompa peristaltica per 24 h può essere utilizzato un analogo insulinico a lunga durata di azione sottocute. Poiché le persone con diabete sottoposte a nutrizione parenterale possono facilmente andare incontro ad iperglicemia, è necessario adeguare il trattamento insulinico piuttosto che ridurre la nutrizione artificiale. Da un punto di vista pratico è bene sottolineare che eventuali 'aggiunte' alla sacca devono essere eseguite in condizione di asepsi e che possono essere miscelati solo prodotti medicinali per i quali la compatibilità sia stata documentata.

Nutrizione enterale e terapia insulinica

Il trattamento insulinico deve essere scelto in relazione alle modalità di somministrazione della NE: i) se le miscele per NE vengono somministrate in continuo possono essere utilizzate un analogo a lunga durata d'azione sottocute per correggere l'iperglicemia; ii) in caso di NE ciclica che preveda un tempo di 10-12 ore, come quella notturna, è utilizzabile insulina ad azione intermedia con una piccola dose di insulina rapida; iii) se si utilizza una metodica intermittente deve essere utilizzato uno schema insulinico con boli o *basal bolus.*

La somministrazione in continuo a basso flusso delle miscele per la NE è preferibile anche nelle persone con iperglicemia considerando che l'utilizzo di una pompa peristaltica riduce al minimo i rischi delle oscillazioni glicemiche. Anche in questo contesto è bene sottolineare che va evitata la somministrazione di insulina al bisogno (*sliding scale*).[12-15]

Una delle conseguenze negative più frequenti della NA che è necessario conoscere a fondo è rappresentata dalla sindrome da rialimentazione (*Refeeding syndrome*), che può complicare lo stato clinico-laboratoristico del paziente e deve essere sempre considerata in presenza di complicanze. Gli aspetti salienti relativi a tale sindrome sono da individuare in: grave riduzione dei valori degli elettroliti (potassiemia <2,5 mmol/fosfatemia <0,32 mmol/L/magnesiemia <0,5 mmol/L), insufficienza d'organo (soprattutto respiratoria e cardiaca con edema polmonare), edemi periferici o sovraccarico volemico acuto.[16]

Non-commercial use only

Conclusioni - proposte di indirizzo migliorativo

- Sono apparsi obiettivi condivisi di trattamento nel paziente diabetico ricoverato nei reparti COVID: ottimizzazione del controllo glicemico, riduzione dei fattori di rischio cardiovascolare, governo dell'iperglicemia e dell'infiammazione, nonché semplicità di somministrazione della terapia e riduzione dei contatti.
- L'utilizzo dei glucocorticoidi determina un rischio di iperglicemia anche severa fino alla sindrome iperglicemica iperosmolare. É necessario un monitoraggio glicemico stretto in tutti i pazienti trattati con GC. La terapia di scelta rimane l'insulina, ma i GLP1-RA rappresentano una innovazione nella gestione dell'iperglicemia in Ospedale. Bisogna ricordare il rischio di ipoglicemia alla riduzione/sospensione dei glucocorticoidi. Prima della dimissione i pazienti diabetici devono essere presi in carico dai Centri Antidiabetici per i processi educazionali, in particolare per quanto riguarda i pazienti che iniziano la terapia insulinica. I pazienti che alla sospensione del glucocorticoide sono normoglicemici devono eseguire periodicamente un controllo della glicemia ed emoglobina glicosilata.
- Indipendentemente dalla presenza di infezione da SARS-CoV-2, in ogni paziente diabetico ricoverato è necessario valutare il fabbisogno nutrizionale e, soprattutto, la presenza o il rischio di malnutrizione. In tal caso il trattamento nutrizionale va impostato tempestivamente. Nel paziente diabetico che inizia la NA bisogna porre attenzione alla composizione in macronutrienti e micronutrienti della miscela nutrizionale sia in NE che in NP, ed ottimizzare se necessario il trattamento insulinico. Considerare la *Refeeding Syndrome* in presenza di complicanze.
- L'implementazione di corsi di formazione per Internisti (soprattutto se operanti in area semintensiva), mirati all'approfondimento degli aspetti nutrizionali del paziente complesso ed in particolare del paziente diabetico con importanti comorbilità, può essere uno strumento educazionale utile.

Bibliografia

1. Apicella M, Campopiano MC, Mantuano M, et al. COVID-19 in people with diabetes: understanding the reasons for worse outcomes. Lancet Diabet Endocrinol 2020;8:782-92.
2. Zhu L, She ZG, Cheng X, et al. Association of blood glucose control and outcomes in patients with COVID-19 and pre-existing type 2 diabetes. Cell Metab 2020;31:1068-77.
3. Ceriello A, Standl E, Catrinoiu D, et al.; Diabetes and Cardiovascular Disease (D&CVD) EASD Study Group. Issues of cardiovascular risk management in people with diabetes in the COVID-19 era. Diabetes Care 2020;43:1427-32.
4. Shah FA, Mahmud H, Gallego-Martin T, et al. Therapeutic effects of endogenous incretin hormones and exogenous incretin-based medications in sepsis. J Clin Endocrinol Metab 2019;104:5274-84.
5. Longo M, Caruso P, Maiorino MI, et al. Treating type 2 diabetes in COVID-19 patients: the potential benefits of injective therapies. Cardiovascular Diabetol 2020;19:115.
6. Jude EB, Malecki MT, Gomez Huelgas R, et al. Expert panel guidance and narrative review of treatment simplification of complex insulin regimens to improve outcomes in type 2 diabetes. Diabetes Ther 2022;13:619-34.
7. Giugliano D, Longo M, Caruso P, et al. Feasibility of simplification from a basal-bolus insulin regimen to a fixed-ratio formulation of basal insulin plus a GLP-1RA or to basal insulin plus an SGLT2 inhibitor: BEYOND, a randomized, pragmatic trial. Diabetes Care 2021;44:1353-60.
8. Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetologia 2018;61:2461-98.
9. Bornstein SR, Rubino F, Khunti K, et al. Practical recommendations for the management of diabetes in patients with COVID-19. Lancet Diabetes Endocrinol 2020;8:546-50.
10. Forte E, Gigante A, Teti C, et al. La gestione dell'iperglicemia durante il ricovero nei reparti COVID. JAMD 2021;24:154-63.
11. Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, et al. Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement. Clin Nutr 2015;34:335-40.
12. Scalfi L, Zurlo E, Contaldo F. Il compenso glicemico in nutrizione artificiale. Il Diabete 1998;49-58.
13. Mc Mahon M. Management of hyperglycemia in hospitalized patients receiving a parenteral nutrition. Nutr Clin Pract 1997;12:35-8.
14. Documento congiunto SINUC-SIAARTI. Raccomandazioni per il trattamento nutrizionale di pazienti affetti da COVID-19 e ricoverati nei reparti di terapia intensiva e sub-intensiva (Level III-II Care); 04/2020. Disponibile su: http://www.sinuc.it/public/files/sinuc-siaarti%20-%20raccomandazioni%20per%20il%20trattamento%20nutrizionale%20di%20pazienti%20affetti%20da%20COVID-19.pdf
15. Barazzoni R, Bischoff SC, Breda J, et al.; endorsed by the ESPEN Council. ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection. Clin Nutr 2020;39:1631-8.
16. Rio A, Whelan K, Goff L, et al. Occurrence of refeeding syndrome in adults started on artificial nutrition support: prospective cohort study. BMJ Open 2013;3:pii:e002173.

Non-commercial use only

pagepress

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2022; volume 10(2):11-13

Cura e comunicazione: l'esperienza nella pandemia e le prospettive future

Luigi Magnani,[1] Lara Bellardita,[2] Salvatore Lenti[3]

[1]Medicina Interna, Ospedale di Voghera (PV); [2]Centri Psicologia Clinica, Milano; [3]Medicina Interna, P.O. di Andria (BT), Italia

Introduzione

Parafrasando un'affermazione del sagace autore George Bernard Shaw potremmo dire che il più grande errore nella comunicazione è illudersi che vi sia veramente stata una comunicazione, e quindi non un semplice atto di trasmissione di informazioni ma un 'mettere in comune' dati, significati, intenzioni e presupposti per una relazione.

In altre parole, non possiamo dare per scontato che una comunicazione sia veramente tale e che lo sia in maniera efficace.

Eppure, in Medicina, è ancora spesso così. Benché sia sancito dallo stesso codice deontologico, c'è ancora una scarsa considerazione del fatto che la comunicazione che avviene tra clinici da una parte e paziente e familiari dall'altra sia un vero e proprio atto terapeutico (Titolo III - rapporti con la persona assistita. Art. 20. Relazione di cura. *La relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sulla individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità. Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura*).[1]

Il valore della comunicazione efficace in Medicina Interna è dato dal fatto che quando la comunicazione non è un'illusione ma un processo consapevole e ben strutturato si pongono le basi per gestire la complessità della malattia, facilitare i processi decisionali condivisi,[2] aumentare l'*engagement* del paziente e l'aderenza alla terapia. Inoltre, una buona comunicazione è alla base della relazione medico-paziente e protegge dal rischio di contenziosi. Infine, i tempi delle visite si ottimizzano e si accorciano. I vantaggi sono quindi per tutti i soggetti coinvolti, medici, staff, pazienti e familiari.[3,4]

Comunicare in maniera efficace non è 'una questione di carattere' o di personalità. La comunicazione è una competenza che si può, e si deve, acquisire e perfezionare così come si acquisiscono e perfezionano le competenze cliniche: ciò è possibile attraverso lo studio di modelli basati sull'evidenza di cui disponiamo, come la *Calgary Cambridge Medical Interview* (Figura 1),[5] il modello *Spikes* e il *Macy Model*,[6] e la pratica.

La pandemia COVID-19 ha certamente messo a dura prova la già scarsa possibilità di una buona comunicazione tra personale sanitario e pazienti/familiari. Tutte le necessarie misure di contenimento adottate all'interno degli ospedali durante i primi mesi della pandemia hanno quasi azzerato gli incontri tra clinici e pazienti. Le barriere sono aumentate e non solo quelle esterne (mascherine, visiere, schermi e via dicendo) ma anche quelle interne, psicologiche: la paura di contagiarsi, la fatica per il carico di lavoro, la preoccupazione per i propri cari, il senso di impotenza.

Ogni centro, ogni persona all'interno dei vari centri ospedalieri si è adoperata per individuare soluzioni alternative, per trovare strategie per mettersi in contatto con i pazienti - COVID e non COVID - e con i loro familiari. Anche oggi, superate le prime fasi della pandemia, è importante chiedersi in che modo i già esistenti modelli di comunicazione medico-paziente possono essere ri-implementati (o semplicemente implementati). Infatti, alla complessità delle patologie di cui si occupa la Medicina Interna si sono aggiunte un aumento della vulnerabilità clinica e psicologica dei pazienti, e un maggiore rischio di *distress* e *burnout* per il personale sanitario.[7-9]

Identificare nuovi scenari per la comunicazione medico-paziente

Una riflessione su nuove sfide e opportunità nella comunicazione medico-paziente è quindi imprescindibile. Cosa abbiamo imparato rispetto alla comunicazione durante la pandemia? Cosa del vecchio modo di lavorare è meglio abbandonare e quali nuove modalità, competenze e strategie è oggi importante far emergere?

Abbiamo chiesto ai clinici che hanno partecipato al Gruppo di Lavoro sulla comunicazione e gli aspetti psicologici di fare una riflessione su tre aspetti: i) in che modo il tuo lavoro è cambiato durante la pandemia rispetto alla comunicazione con pazienti e familiari? ii) quali sono le tre principali difficoltà che hai vissuto nella comunicazione con i pazienti e i loro familiari e

Non-commercial use only

che stai affrontando anche ora? iii) cosa hai imparato (e stai imparando) durante la pandemia rispetto alla comunicazione medico-paziente/familiare?

Dopo aver analizzato le criticità e le sfide che l'emergenza pandemica ha determinato, i partecipanti hanno evidenziato i principali indicatori dell'esperienza pandemica: paura, aumento dei problemi, spersonalizzazione delle professionalità, maggiore solidarietà tra operatori dei diversi reparti, mancanza di sostegno psicologico.

Dalla riflessione condivisa è emerso che: i) la pandemia COVID-19 ha messo in evidenza ed esasperato problematiche già presenti rispetto a comunicazione e relazione con pazienti e familiari; ii) è necessario e utile organizzarsi, e organizzare gli aspetti che riguardano la relazione con i pazienti e i loro familiari; iii) è presente negli operatori un forte desiderio di cambiamento e di non perdere l'opportunità di costruire nuove modalità di lavoro più 'umane'.

Quali strade intraprendere, o meglio ancora costruire, a questo punto?

Durante l'emergenza pandemica si è riusciti ad ottenere buoni risultati clinico-assistenziali attraverso l'uso di videochiamate (telemedicina); si è tutelato il benessere degli operatori con una turnazione più snella e prevedendo dove possibile *smart working* e ausilio di psicologi. La gestione dell'emergenza pandemica ha evidenziato ancora di più l'importanza di tutte quelle competenze 'soft' spesso sottovalutate (capacità di comunicare, prendere decisioni, flessibilità per riuscire a rispondere a bisogni sanitari che altrimenti sarebbero rimasti inevasi, solo per fare qualche esempio). Ciò ha portato ad affrontare nuovi scenari non solo dal punto di vista clinico ma anche organizzativo e gestionale.[10]

Principali spunti di riflessione emersi dai partecipanti del Gruppo di Lavoro

La necessità di adottare una prospettiva multidisciplinare e multiprofessionale

Smettere quindi di 'suonare da solisti' e iniziare a pensarsi come un'orchestra. Rispetto alla multidisciplinarietà, il Gruppo di Lavoro ha anche dibattuto sul ruolo della figura dello psicologo nel team. Dalla discussione è emersa l'ambivalenza rispetto a questa figura. Se da una parte viene vista come una risorsa sia per i pazienti che per il personale, dall'altra è anche spesso guardata con diffidenza, come 'altro' che porta una competenza e una modalità di lavoro spesso sconosciuta nel migliore dei casi, e talvolta mal interpretata. É innegabile che *'il ricovero in una struttura ospedaliera comporta uno stato di disagio di entità variabile connesso a fattori diversi, la separazione dagli affetti quotidiani, la necessità di adeguarsi ad un nuovo ambiente e nuovi ritmi, la rinuncia alla propria privacy, lo stato di dipendenza dagli altri (il personale assistenziale), la vergogna, la paura di aver perso la propria dignità… ecc.*' e quindi l'intervento psicologico rappresenta una risorsa sia per i clinici che per i pazienti e familiari; come integrare tale risorsa e favorire la 'contaminazione' di competenze diverse nel team multidisciplinare rimane una domanda aperta.

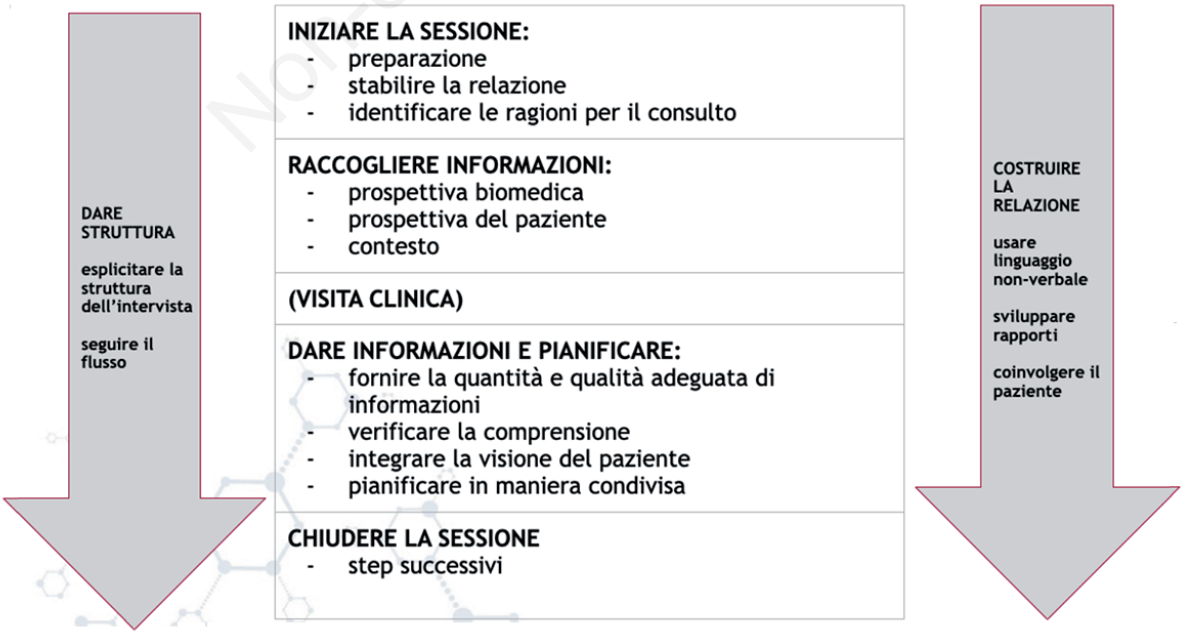

Figura 1. Punti principali della *Calgary Cambridge Medical Interview*.

Non commerciale

Organizzare la comunicazione (esempio contatti telefonici in maniera strutturata) e non dare per scontato che la comunicazione avvenga e sia funzionale al percorso diagnostico-assistenziale

Le azioni concrete in questa direzione riguardano: la presenza e l'aggiornamento di moduli informativi per pazienti e famigliari con indicazioni chiare relative ai servizi disponibili ed alla loro accessibilità (Guida del paziente, Carta dei Servizi, ecc.); la disponibilità di questionari come feedback delle prestazioni erogate *(Customer Satisfaction*) sia in termini di esiti (PROMs) che di esperienza (PREMs) del paziente (*Patient Reported Outcome Measures/Experience*).

Le ricadute positive di azioni concrete e di un investimento sul miglioramento dei processi di comunicazione sono: i) motivazione di tutte le figure professionali del reparto con, a cascata, un miglioramento delle prestazioni cliniche; ii) miglioramento della compliance ai trattamenti; iii) aggregazione intorno ad un progetto (*vision*) dei diversi stakeholder interni ed esterni (direzione aziendale, sanitari, pazienti e famigliari, cittadini) e di diverse energie (risorse umane, economiche e di tempo).

Strutturare percorsi formativi finalizzati all'acquisizione di modelli, tecniche e strategie per una comunicazione efficace all'interno di un approccio bio-psicosociale e salutogenico

I partecipanti del Gruppo di Lavoro hanno evidenziato il bisogno di percorsi formativi sulla comunicazione e più in generale sulle 'soft skills': '*Formazione sugli aspetti comunicativi già da studente durante il percorso universitario. Tutoraggio durante tirocini pratici in reparto/DH/ambulatorio affinché venga vissuta concretamente la relazione con il paziente ed i familiari. Obiettivo la graduale acquisizione di competenze per affrontare la comunicazione e lo scambio su tematiche complesse quali la privacy, il consenso informato, le disposizioni anticipate di trattamento, la malattia mentale, la palliazione, il fine vita*'. Inoltre, '*La formazione sul campo mediante il coaching può porsi numerosi altri obiettivi, aiutare il team di colleghi a fare squadra ed affrontare le difficoltà del rapporto interpersonale professionale (ad es. la relazione con i consulenti), trovare delle strategie per migliorare l'efficacia del proprio operare, e può fornire degli strumenti o nuove risorse per gestire lo stress ed evitare il burnout*.'

Rispetto a questi bisogni è emersa da parte di alcuni partecipanti una riflessione sul ruolo delle Società Scientifiche. Considerando la mancanza di attenzione verso queste tematiche, soprattutto nel passato, sia in ambito accademico che professionale, le Società Scientifiche, promotrici di buone prassi e linee guida, possono diventare motrice del processo di cambiamento verso modelli più moderni e attuali di relazione e comunicazione tra medici/operatore sanitario e pazienti/familiari.[11,12]

In conclusione, '*non bisogna dimenticare la dimensione umana, filosofica e spirituale della professione che abbiamo scelto. Esercitare l'ascolto, sospendere il giudizio ed accogliere l'altro, valorizzare il tempo passato con il paziente. Tutto ciò permette una raccolta anamnestica più completa, costruisce la relazione di fiducia paziente-medico che è già in sé intervento terapeutico e non ultimo riduce i contenziosi, che così tanto spaventano gli operatori di settore al giorno d'oggi*.'

Conclusioni - proposte di indirizzo migliorativo

Sulla base della discussione e riflessione condivisa, le tre proposte emerse sono state: i) educazione e training; ii) formazione sul campo; iii) inserimento della figura dello psicologo a sostegno di team e pazienti/familiari.

Bibliografia

1. Perelli Ercolini M (a cura di). Il codice di deontologia medica; 18 maggio 2014. Il Consenso Informato in Medicina. Disponibile su: https://www.enpam.it/wp-content/repository/universaliamultimediale/CI/fondamenti3.html
2. Bellardita L, Maiello E, Sobrero A. I processi decisionali nella pratica clinica del paziente con mCRC avanzato. Milano: Edra Edizioni; 2017.
3. Felici M, Lenti S. Le communications skills come Evidence Based Medicine. Quaderni Ital J Med 2017;5:10-2.
4. Felici M, Lenti S. I contesti clinici e comunicativi della medicina. Quaderni Ital J Med 2017;5:33-8.
5. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. 3rd ed. London: Radcliffe Publishing Ltd.; 2013.
6. Kalet A, Prugnaire MPH, Cole-Kelly K, et al. Teaching communication in clinical clerckship: models from Macy initiative in Health Communication. Academ Med 2004;79:551-20.
7. Senni M. COVID-19 experience in Bergamo, Italy. Eur Heart J 2020;41:1783-4.
8. Sanghera J, Pattani N, Hashmi Y, et al. The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of healthcare workers in a hospital setting - A systematic review. J Occup Health 2020;62:e12175.
9. Barello S, Palamenghi L, Graffigna G. Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. Psychiatry Res 2020;290:113129.
10. Montagnani A, Pieralli F, Gnerre P, et al., on behalf of FADOI COVID-19 Observatory Group. COVID-19 pandemic and Internal Medicine Units in Italy: a precious effort on the front line. Intern Emerg Med 2020;15:1595-7.
11. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977;196:129-36.
12. Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. J Epidemiol Community Health 2005;59:440-2.

Non commerciale uso

Gestione a distanza del paziente complesso: la medicina digitale

Filippo Pieralli,[1] Flavio Tangianu,[2] Maria Gabriella Coppola[3]

[1]Medicina Interna ad Alta Intensità, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze; [2]Medicina Interna, Ospedale 'Luini-Confalonieri', Luino (VA); [3]Medicina Interna, Ospedale del Mare, Napoli, Italia

Introduzione

La telemedicina è presente da numerosi anni in molte realtà cliniche nei Paesi a maggiore sviluppo economico. I servizi di telemedicina hanno mostrato la loro utilità soprattutto in contesti rurali dove è maggiormente difficile per il paziente e/o per il medico raggiungere la realtà assistenziale di riferimento. Sono stati utilizzati in molti ambiti sia ambulatoriali che emergenziali ed in particolare per la lettura e l'interpretazione di elettrocardiogrammi e immagini radiologiche. Inoltre, la telemedicina ha subito una notevole evoluzione negli ultimi anni, favorita indubbiamente dall'avanzamento dei sistemi informatici e della diffusione e semplificazione della digitalizzazione. Tuttavia, la sua diffusione negli Ospedali è avvenuta in maniera disomogenea, spesso spontanea, e certamente non armonizzata per modalità di accesso, erogazione e tipologie di piattaforme utilizzate.

La pandemia COVID-19 ha fornito un significativo impulso alle possibilità di espansione dei servizi in remoto, tanto che si sono ulteriormente diffusi in molte realtà regionali del nostro Paese forme di monitoraggio attraverso la telemedicina. L'innovazione tecnologica può contribuire ad una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria implementando le attività assistenziali sul territorio attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino-utente. Ciò può facilitare l'accesso alle prestazioni riducendo gli spostamenti e quindi rendendo maggiormente fruibili i servizi, con particolare impatto per le patologie croniche con maggiore necessità di continuità di cure. La letteratura offre un buon numero di studi sulla patologia cronica per quanto riguarda la gestione domiciliare con la telemedicina; troviamo infatti articoli riguardanti la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), il diabete e lo scompenso cardiaco, che rappresentano le patologie croniche più spesso causa di molteplici ricoveri, anche nel breve periodo, nei reparti di degenza medici.

In particolare, lo scompenso cardiaco è una malattia cronica estremamente diffusa nella popolazione, e rappresenta una delle patologie cardine del cosiddetto '*chronic care model*'. Lo scompenso cardiaco è caratterizzato da un decorso progressivo nel tempo con episodi di riacutizzazione che spesso portano al ricovero, e rappresenta il primo DRG codificato nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) dei reparti di Medicina Interna. Si stima che circa il 20-30% dei pazienti con scompenso cardiaco venga riammesso in ospedale nell'arco temporale di 30-60 giorni dalla dimissione, dando origine al fenomeno del così detto '*revolving doors*' che rappresenta una spia della difficoltà di mantenere un'efficiente continuità di cura ed anche un fattore correggibile nel controllo della evoluzione della patologia. Quindi, la possibilità di attivare modelli di cura proattivi, che rendano le continuità di cure più fluide, mantenendo la centralità del paziente sul territorio e limitando le ospedalizzazioni, costituisce un elemento di sicuro interesse con aspetti attrattivi sia in termini di outcome clinici che di costi. La telemedicina rappresenta uno strumento che, regolamentato in termini di accessibilità e sostenibilità e alimentato con adeguate risorse (sia umane che in termini di dotazioni tecnologiche), può verosimilmente apportare significativi benefici per il paziente riducendo gli accessi in Ospedale, migliorando la soddisfazione dei cittadini, e verosimilmente anche l'outcome.

Cosa ci dice la letteratura scientifica

Le revisioni sistematiche della letteratura riguardanti la gestione in telemedicina dei pazienti con scompenso cardiaco cronico sono orientate verso un parere positivo nei confronti della metodica di monitoraggio a distanza, in quanto evidenziano come questa possa avere un impatto sulla mortalità, con una riduzione nell'ordine del 30-35% nei pazienti gestiti in remoto, rispetto a quelli seguiti secondo le normali procedure e tempistiche. Vi è inoltre una riduzione delle ospedalizzazioni, con percentuali differenti del 15-20% fra i due diversi gruppi.[1-4] Se andiamo ad analizzare nel dettaglio i singoli studi, si evidenzia tuttavia una significativa eterogeneità con dati che in alcuni trial, soprattutto se multicentrici, mostrano effettivamente luci ed ombre. Le difficoltà nel rendere la metodica omogenea possono essere imputate alla variazione degli intervalli temporali di monitoraggio e al fatto che nella creazione di un servizio di telemedicina sia necessario innanzitutto fornire a medici e infermieri particolari abilità, che saranno in

Non-commercial use only

parte diverse da quelle necessarie in una gestione in presenza, e che rendano gli operatori sanitari capaci di riconoscere precocemente segni e sintomi di un eventuale peggioramento dello stato emodinamico e clinico in generale.

A queste caratteristiche si deve aggiungere la capacità organizzativa di inviare un adeguato feedback al paziente, in modo da correggere in maniera tempestiva una eventuale problematica che può riguardare l'aderenza terapeutica, lo stile di vita, piuttosto che il riacutizzarsi della condizione morbosa cronica.

E qui ovviamente entriamo nel secondo risvolto di quella che è la struttura del servizio di telemedicina, cioè la partecipazione a vario titolo del paziente. Un paziente che deve avere determinate caratteristiche. Innanzitutto, il paziente si deve giovare della possibilità di monitoraggio in remoto e quindi deve far parte di quella categoria ad alto rischio di riacutizzazione della sintomatologia nel breve periodo. Deve poi avere un substrato socio-assistenziale che consenta il monitoraggio a distanza qualora lui non fosse in grado di mettere personalmente in atto sia la fase di valutazione delle condizioni di salute che la successiva applicazione del feedback da parte dell'operatore sanitario.

Perché se è vero che la metodica in sé migliora la consapevolezza del paziente nei confronti della propria patologia, essa rende anche più evidente il valore della capacità di automonitoraggio. Infatti, questo è e dev'essere vista dal paziente come una parte fondamentale del progetto di telemedicina. La sua abilità collaborativa, completata o vicariata da un adeguato caregiver, se la condizione psico-fisica lo rendesse necessario, sarebbe condizione imprescindibile per la buona riuscita di tutto il percorso e quindi della riduzione degli eventi. Non di meno, saper recepire i feedback dei medici diventa '*conditio sine qua non*' per far sì che tutta la raccolta dati del monitoraggio a distanza non risulti alla fine inutile.

Un altro parametro considerato nella scelta di inserire la telemedicina nel monitoraggio del paziente con scompenso cardiaco è stato quello di valutare se con questa gestione vi fosse un risparmio di risorse economiche. In una revisione generale degli studi disponibili, il risparmio risultava del 20-30% rispetto alla gestione convenzionale dei pazienti.[5] Tali analisi tendevano però a scotomizzare che in un servizio di questo tipo, oltre all' aumento dei costi indotti dall'acquisto di apparecchiature e servizi, vi era anche un maggiore consumo di farmaci, una maggiore richiesta di esami strumentali e del tempo-uomo impegnato nel controllo remoto.

Pertanto, i reali vantaggi si vanno a collocare in quella classe di pazienti per i quali l'investimento tecnologico e organizzativo genera i più evidenti benefici clinici, nello specifico nei casi con malattia più severa, ad esempio in classe NYHA III e IV e con marcata disfunzione sistolica.[6]

Altri campi di applicazione della telemedicina nello scompenso cardiaco cronico e studiati in letteratura sono stati la titolazione dei farmaci ed il controllo e la valutazione del training fisico.[7]

Risulta palese quindi che un risultato positivo è ottenibile nella misura in cui il sistema sia in equilibrio tra le capacità dei sanitari, quelle del paziente e/o dei caregiver, e una organizzazione strutturale che permetta ad ognuno di esprimersi al massimo delle proprie potenzialità. Cose queste che non si possono dare per scontate '*ab initio*', ma devono essere punti della creazione di un percorso di gestione remota che si prefigge di ridurre gli eventi in questa tipologia di paziente cronico, ed eventualmente anche i costi sostenuti dalla società.

Come organizzare un servizio di telemedicina per la gestione dello scompenso cardiaco

La prevalenza dello scompenso cardiaco cronico è in continuo aumento per l'invecchiamento della popolazione ed i progressi terapeutici nella gestione delle patologie cardiovascolari. In Italia si stimano più di 1 milione di pazienti (pari all'1,7% della popolazione) e la prevalenza della patologia aumenta di circa il 2% per ogni decade di età sino a raggiungere almeno il 10% nei pazienti con età superiore ai 70 anni.[8] Lo scompenso cardiaco cronico è gravato da un elevato tasso di mortalità, pari a circa il 25% entro un anno dalla diagnosi al 50% entro 5 anni, con un rischio di morte triplicato nei 12 mesi successivi a un ricovero per scompenso cardiaco.[9] La riacutizzazione dello scompenso cardiaco cronico rappresenta una condizione più severa e associata ad una mortalità più elevata rispetto allo scompenso cardiaco *de novo*.

Lo scompenso cardiaco rappresenta la prima causa di ricovero per malattie non chirurgiche, e il tasso di riospedalizzazione per tale patologia è più elevato rispetto alle altre patologie croniche, variando dal 15% al 22% nel corso del primo mese, fino al 35-45% nel corso dei 3 mesi successivi.[10,11] La maggior parte delle riammissioni è correlata a malattie cardiovascolari, con la recidiva di insufficienza cardiaca che rappresenta circa il 30% di tutti i casi. Lo scompenso cardiaco è la causa del 5% del totale dei ricoveri ospedalieri e si riscontra nel 10% dei pazienti ricoverati, con un conseguente ruolo rilevante sui costi del Sistema Sanitario Nazionale (gran parte di questo costo è dovuto a re-ricoveri).[12] Gli obiettivi principali del trattamento dello scompenso cardiaco cronico riacutizzato sono il miglioramento dei sintomi e della tolleranza allo sforzo (e quindi della qualità della vita), l'identificazione dei fattori precipitanti e il miglioramento della mortalità post-dimissione con prolungamento della aspettativa di vita, come pure la prevenzione delle re-ospedalizzazioni. Il paziente af-

fetto da scompenso cardiaco acuto che è stato stabilizzato durante il ricovero necessita di cure effettive a lungo termine per ridurre il rischio di recidiva, per cui dopo la dimissione dall'ospedale il passaggio all'ambulatorio ed il follow-up rappresentano una fase importante nella gestione dei pazienti con insufficienza cardiaca acuta. L'obiettivo è fornire una transizione di alta qualità alle cure ambulatoriali e garantire integrazione con i servizi di assistenza cronica. Fin dagli anni '90, come strumento per facilitare tale processo di transizione e ridurre l'incidenza delle riacutizzazioni, i ricoveri ripetuti e la mortalità, sono stati sviluppati programmi di *Disease Management* che coinvolgono il paziente/la famiglia/il caregiver, e che hanno testato l'efficacia di numerose tipologie di intervento extraospedaliero, quali le visite domiciliari programmate, l'assistenza telefonica, la telecardiologia, il follow-up in ambulatorio dedicato allo scompenso cardiaco, interventi multidisciplinari con approccio olistico. Nell'ambito di questi modelli si può inserire il servizio di telemedicina che, strutturato secondo un modello di televisita e/o telesalute presenta il vantaggio della continuità assistenziale e della possibilità di fornire un intervento precoce e personalizzato, offrendo così una integrazione e non una alternativa rispetto al follow-up ambulatoriale. Come già precedentemente ricordato, e con i limiti sopra enunciati, le soluzioni di telemedicina favoriscono il raggiungimento di una serie di outcome legati alle patologie croniche: riduzione delle ospedalizzazioni e degli accessi (anche impropri) al pronto soccorso, decremento della degenza media, riduzione della mortalità e miglioramento della qualità di vita dei pazienti. Attraverso questi benefici, la gestione integrata dei pazienti attraverso servizi di telemedicina può portare ad una riduzione dei costi del sistema sanitario, e migliora la compliance del paziente cronico agevolando l'interazione con gli operatori sanitari.[13,14]

Organizzazione di un servizio di telemedicina specialistica (televisita) e/o telesalute per i pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico

La Telemedicina non rappresenta una specialità medica separata, ma è uno strumento che può essere utilizzato a supporto della presa in carico proattiva nel paziente con scompenso cardiaco, ad integrazione della gestione ambulatoriale per il follow-up di tale tipologia di paziente. La televisita è un atto medico in cui il medico interagisce a distanza con il paziente, eventualmente con il supporto di un caregiver e/o di un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente. Il collegamento deve consentire di vedere e interagire con il paziente e può avvenire in tempo reale (auspicabilmente) o differito. La televisita non può essere sostitutiva della prima visita medica in presenza e non può essere il mezzo per gestire la relazione medico-paziente unicamente a distanza. Gli obiettivi della televisita sono la rilevazione ed il monitoraggio dei parametri clinici sorvegliando il paziente ed identificando i segnali precoci di una riacutizzazione di scompenso cardiaco con conseguente visita medica in presenza.[14,15]

In Tabella 1 è rappresentata l'analisi SWOT del modello di televisita per lo scompenso cardiaco.

Attori coinvolti

Gli attori coinvolti in un atto sanitario prestato in telemedicina (televisita/telesalute) sono: i) Pazienti/Caregiver (vedi specifica successiva in 'Tipologia di paziente'); ii) Centro Erogatore, che riceve le informazioni sanitarie dall'utente (paziente/caregiver) e trasmette allo stesso (paziente/caregiver) gli esiti della prestazione; iii) Centro Servizi, ovvero una struttura

Non ad uso commerciale

Tabella 1. Analisi SWOT del servizio di telemedicina per la gestione dello scompenso cardiaco.

STRENGTHS - S	WEAKNESSES - W
• Ridurre gli spostamenti • Riduzione dei costi • Ridurre gli accessi in presenza per quelle patologie meno complesse che richiedono nel follow-up solo controllo di esami ematici (es. visita diabetologica in fase stabile, patologia endocrina)	• Regolamentazione normativa e articolazione televisita • Disponibilità e familiarità con gli strumenti digitali • Adeguatezza delle infrastrutture (reti) • Paziente o caregiver idoneo
OPPORTUNITIES - O	**THREATS - T**
• Aumentare la frequenza dei contatti in televisita per capire quando attivare la valutazione in presenza • Riduzione delle ospedalizzazioni • Possibilità di condivisione dati su unica piattaforma fra diversi professionisti • Confronto fra più professionisti durante la stessa sessione di televisita/teleconsulto	• Distacco 'umano' • Ridotta confidenzialità • Percezione non positiva da parte dell'utenza

che ha la funzione di gestione e manutenzione di un sistema informativo attraverso il quale il Centro Erogatore svolge la prestazione in telemedicina. Nel caso in cui non sia presente un Centro Servizi, le funzioni del Centro Servizi devono essere assolte dal Centro Erogatore.

Tipologia di paziente

Il paziente coinvolto: i) può essere un paziente che deve essere inserito in un percorso di follow-up da patologia nota (scompenso cardiaco); ii) può essere un paziente che deve essere inserito in un PDTA formalizzato a livello regionale (scompenso cardiaco); iii) può essere un paziente che necessita di monitoraggio, conferma, aggiustamento, o cambiamento della terapia in corso (es. rinnovo o modifica del piano terapeutico); iv) può essere un paziente che necessita di un colloquio con lo specialista in relazione agli esiti di esami, diagnosi o stadiazioni effettuate, a cui può seguire la prescrizione di eventuali approfondimenti o di una terapia; v) può avere qualsiasi età (se ha una buona familiarità con la tecnologia); vi) se di età avanzata o non autosufficiente da un punto di vista cognitivo, deve avere il supporto di un caregiver per l'esecuzione della visita in virtuale (familiare, amico, personale RSA, infermiere a domicilio con buone abilità tecnologiche); vii) deve disporre di un PC personale e/o smartphone, webcam e connessione ad Internet; viii) deve avere la disponibilità di device per la misurazione di alcuni parametri clinici, esempio: bilancia, sfigmomanometro, saturimetro.

Limiti

I limiti maggiori sono i seguenti: i) pazienti con patologie croniche e fragilità o con disabilità che rendano imprudente la permanenza a domicilio; ii) pazienti con patologie acute o riacutizzazioni di patologie croniche in atto che richiedano l'ospedalizzazione.

A titolo esemplificativo, il Servizio di Telemedicina comprende le seguenti prestazioni di base realizzate in regime di stabilità del paziente: i) valutazione clinica preliminare del paziente effettuata presso l'Ambulatorio ospedaliero con visita specialistica in presenza; ii) definizione del programma personalizzato di monitoraggio del paziente da parte degli operatori sanitari operanti nell'ambito del servizio di telemedicina; iii) definizione del collegamento tecnico, per l'invio dei dati clinici, presso il domicilio del paziente, e formazione del paziente e del caregiver e contemporanea informazione del medico di medicina generale. Il collegamento tecnico è finalizzato all'acquisizione di dati, immagini relative al paziente anche attraverso dispositivi mobili (smartphone, tablet) come pure per la trasmissione bidirezionale delle informazioni sanitarie, e può avvenire anche attraverso portali dedicati riservati allo scopo; iv) avvio del protocollo di monitoraggio.

Momenti della televisita

Prima della visita

Paziente/Caregiver: raccolta dei parametri clinici e qualità della vita, peso, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, introito d'acqua, attività quotidiane, SpO_2, *gait speed*.

Durante la televisita

Medico ed Infermiere: i) inquadramento e raccolta dei parametri clinici: peso, frequenza cardiaca, introito di liquidi, saturazione periferica di ossigeno, glicemia al glucostick (se il paziente è diabetico); ii) valutazione e revisione della terapia in atto, educazione terapeutica e guida ad un corretto stile di vita; iii) discussione dei risultati degli esami ematochimici e dei referti di esami strumentali effettuati; iv) conclusioni visita: confronto circa le perplessità ed i dubbi del paziente, compilazione ed invio del referto, programmazione del successivo appuntamento in modalità virtuale o in presenza in base al livello di criticità emerso nel corso della televisita.

Strumenti

Gli strumenti più utili sono i seguenti: i) diario clinico per il paziente da compilare per almeno due settimane antecedenti la visita con la raccolta dei seguenti parametri clinici: peso, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, introito d'acqua, attività quotidiane; ii) brochure informativa: informazione e formazione sulla patologia, terapia e stile di vita; iii) fascicolo 'Televisita di follow-up nei pazienti con scompenso cardiaco' contenente:

- informativa al servizio 'Visita virtuale di follow-up';
- informazioni sul trattamento dei dati personali;
- brochure di patologia (che cos'è lo scompenso cardiaco? quali sono i sintomi? cosa monitorare?);
- modalità di svolgimento della visita virtuale (compilazione del diario clinico prima della visita, comunicazione a mezzo telefono/e-mail della data ed ora definite per la televisita;
- istruzioni per l'utilizzo della soluzione digitale;
- questionario di valutazione del servizio.

Attività del medico

L'attività del medico può essere riassunta come segue: i) svolgimento della visita virtuale; ii) tappe del percorso di visita virtuale; iii) registro di monitoraggio

Non-commercial use only

della visita virtuale; iv) appuntamento successivo o in modalità televisita o visita ambulatoriale.

Conclusioni - proposte di indirizzo migliorativo

Sulla base della discussione e riflessione condivisa, le tre proposte emerse sono state: i) formazione di esperti di telemedicina; ii) inserimento nei PDTA ospedalieri e regionali dei sistemi di televisita; iii) confronto regionale e nazionale sulle modalità di implementazione e articolazione della telemedicina/telemonitoraggio.

Bibliografia

1. Polisena J, Tran K, Cimon K, et al. Home telemonitoring for congestive heart failure: a systematic review and meta-analysis. J Telemed Telecare 2010;16:68-76.
2. Klersy C, De Silvestri A, Gabutti G, et al. A meta-analysis of remote monitoring of heart failure patients. J Am Coll Cardiol 2009;54:1683-94.
3. Clark RA, Inglis SC, McAlister FA, et al. Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis. BMJ 2007;334:942.
4. Chaudhry SI, Phillips CO, Stewart SS, et al. Telemonitoring for patients with chronic heart failure: a systematic review. J Card Fail 2007;13:56-62.
5. Seto E. Cost comparison between telemonitoring and usual care of heart failure: a systematic review. Telemed J E Health 2008;14:679-86.
6. Smith B, Hughes-Cromwick PF, Forkner E, Galbreath AD. Cost effectiveness of telephonic disease management in heart failure. Am J Manag Care 2008;14:106-15.
7. Mortara A, Oliva F, Di Lenarda A. Prospettive della telemedicina e del monitoraggio mediante dispositivi nel paziente con scompenso cardiaco cronico: luci e ombre. G Ital Cardiol 2010;11:33S-37S.
8. Ameri P, Amico AF, Battagliese A, et al. L'ottimizzazione terapeutica nel percorso del paziente con scompenso cardiaco. G Ital Cardiol 2020;21:e3-e15.
9. Rozzini R, Sabatini T, Costa T, Trabucchi M. Il trattamento dello scompenso cardiaco nell'anziano: modelli di cura a confronto. Geriatr Pratica Med 2004;2:8-10.
10. Maggioni AP, Orso F, Calabria S, et al. The real-world evidence of heart failure: findings from 41,413 patients of the ARNO database. Eur J Heart Fail 2016;18:402-10.
11. Ministero della Salute. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Dati SDO 2018) - Direzione Generale della Programmazione sanitaria; gennaio 2020. Disponibile su: https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=5458&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto
12. Corradi F, Lamberti I, Gelati G, Massini S. Scompenso cardiaco: rivalutazione della terapia in fase di ospedalizzazione. Quaderni Ital J Med 2021;9:47-56.
13. Ministero della Salute. La telemedicina: linee di indirizzo nazionali; ultimo aggiornamenti: marzo 2022. Disponibile su: https://www.salute.gov.it/portale/ehealth/dettaglioContenutiEHealth.jsp?lingua=italiano&id=5525&area=eHealth&menu=telemedicina
14. Papi G, Ricci FL. La telemedicina. Disponibile su: http://staff.icar.cnr.it/cannataro/unicz/ISEI-MED-II/dispense/Telemedicina.pdf
15. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Accordo Conferenza Stato-Regioni 17/12/2020; Indicazioni Nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina. Disponibile su: https://www.statoregioni.it/media/3221/p-3-csr-rep-n-215-17dic2020.pdf

Non-commercial use only

Governance per la Medicina Interna

Andrea Montagnani,[1] Roberta Re,[2] Ilario Stefani[3]

[1]UOC Medicina Interna, Ospedale Misericordia, Grosseto; [2]UOC Medicina Interna, Ospedale S. Andrea Vercelli, ASL Vercelli; [3]UOC Medicina Generale, ASST Ovest Milanese, Cuggiono (MI), Italia

Introduzione

Negli ultimi decenni la Medicina contemporanea si è confrontata con un'ampia gamma di obiettivi, sia per quanto riguarda il lato professionale (con la conoscenza delle patologie e della relazione terapeutica con il paziente), sia per quanto riguarda l'aspetto gestionale (studiando il peso economico delle attività cliniche e il loro uso razionale rispetto ai finanziamenti messi a disposizione dalle politiche sanitarie).

Il Governo Clinico ha fornito le basi e gli strumenti concettuali nel sostenere e guidare tali obiettivi. Ogni organizzazione sanitaria dovrebbe assicurare la qualità di cura, ovvero che ogni paziente riceva la prestazione con il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili, determinando il minor consumo di risorse, il minor rischio di danni conseguenti al trattamento e la massima soddisfazione per il paziente.

Il miglioramento della qualità non può essere raggiunto concentrando gli sforzi in un'unica direzione o focalizzandosi su un unico aspetto. Essa richiede un approccio di sistema in un modello di sviluppo complessivo che comprende i pazienti, i professionisti e l'organizzazione.

Dallo sviluppo di questo percorso evolutivo, anche nello specifico settore della Medicina Interna nasce l'impegno di innalzamento degli standard di qualità delle prestazioni offerte. La logica sottostante è quella della programmazione, gestione e valutazione del 'sistema' in forma mirata agli scopi, nel caso specifico l'erogazione di prestazioni cliniche per la tutela della salute.[1]

L'attuale scenario sanitario, rivoluzionato dall'emergenza epidemiologica della malattia COVID-19, ha evidenziato la necessità di garantire la continuità delle cure e, al tempo stesso, di operare in ambienti tecnologici e specializzati adeguandosi alla rapida evoluzione dei bisogni sanitari fornendo risposte flessibili.[2,3]

La pandemia ha stravolto le certezze professionali ed organizzative inducendo la necessità di porre attenzione a numerosi elementi, focalizzati dal Gruppo di Lavoro nel seguente elenco: i) rapida destrutturazione organizzativa; ii) mancanza di evidenze su quanto stava accadendo; iii) marcato input di informazioni scientifiche con livello di evidenza variabile e la necessità di una lettura critica delle esperienze; iv) mancanza di presidi adatti con elevato rischio clinico per operatore/paziente; v) introduzione di nuove tecnologie e training durante la crisi, con conseguente necessità di upgrade delle competenze; vi) diverse declinazioni di impegno professionale ed organizzativo; vii) creazione di aree di HIGH-CARE dove la complessità del paziente è stata affrontata con la caratteristica di multidisciplinarità; viii) comunicazione con pazienti e stakeholder resa particolarmente difficile e diversa dal solito, a causa delle mutate condizioni di lavoro e dalla nuova organizzazione che ha spesso reso l'ospedale inaccessibile.

Nella prospettiva di un superamento della pandemia COVID-19, il Gruppo di Lavoro ritiene che sia necessario non perdere la spinta di accelerazione che i reparti di Medicina Interna hanno conquistato con grande sacrificio e spirito di adattamento. La Medicina Interna si è dimostrata oltre che multidisciplinare, duttile, adattabile, resistente, efficiente. Caratteristiche, queste, che dovrebbero guidare l'organizzazione ospedaliera del prossimo futuro, nel quale dovremmo essere sempre pronti ad improvvise accelerazioni e stati di emergenza, per rendere la risposta efficace e le eventuali crisi ben ridotte nel tempo e nei danni.

Partendo da queste premesse il Gruppo 'Governance per la Medicina Interna' ha inizialmente proposto come possibili ipotesi di lavoro i seguenti argomenti:

- Organizzazione di aree mediche sub-intensive (*High Care*) per rispondere alla pandemia COVID-19: stimolo per una nuova organizzazione, riflessione sulle esperienze e formulazione di proposte organizzative;
- La comunicazione dei dati dei pazienti in era COVID-19 ha indotto comportamenti diversi rispetto alla normalità soprattutto riguardo alla privacy: condivisione delle esperienze sottolineando i limiti che pone la gestione della privacy al miglioramento dell'assistenza al paziente;
- La pandemia COVID-19 ha sottratto la quasi totalità di risorse alla popolazione dei pazienti senza infezione da SARS-CoV-2 ma affetti da patologie croniche: proposta di forme organizzative per la gestione e recupero delle prestazioni a pazienti affetti da patologie croniche.

Non-commercial use only

Il Gruppo, in seguito alla condivisione e discussione di tutti i precedenti punti, ha deciso di focalizzarsi sul primo argomento, fornendo indicazioni di riferimento per una progettazione ed implementazione di un reparto HIGH CARE al fine di: i) migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza medica; ii) prevedere ed evitare il disallineamento tra il bisogno di assistenza e l'offerta disponibile in termini di intensità di cura erogabile; iii) individuare una corretta allocazione dei pazienti in base alle diverse necessità assistenziali (livelli di cura) per evitare spreco di risorse ed effetti distorsivi sull'assistenza.

La situazione organizzativa delle risorse all'esplodere della pandemia era vincolata al DM Donat Cattin del 13 settembre 1988, che fissava gli 'standard ospedalieri' per singola specialità ospedaliera in attuazione della legge 8 aprile 1988, n° 109. È indubbio che il contesto clinico-epidemiologico e sanitario che ispirò il decreto, e le sue successive revisioni, è largamente mutato e non risponde più alla realtà di reparti che accettano la grande maggioranza dei pazienti medici ricoverati per acuzie da Pronto Soccorso. La possibilità di inserire nel contesto dei reparti internistici letti a maggiore intensità di cura risponde al meglio all'esigenza di flessibilità in un percorso di ricovero che è spesso caratterizzato da instabilità anche dopo i primi giorni di ricovero.[4-5]

La Tabella 1 illustra la definizione del percorso di progettazione individuata dal Gruppo di Lavoro.

Per una adeguata valutazione di impatto organizzativo il gruppo ha condotto una *SWOT analysis*, da cui sono emerse le osservazioni riassunte in Tabella 2.

Tabella 1. Progettare un *High Care*.

Obiettivo del progetto
Organizzare una risposta clinico-assistenziale proporzionata al bisogno di salute Codificare le modalità di gestione del paziente ricoverato nelle aree mediche con un'intensità clinico-assistenziale medio-alta (Livello 2A) Creare un modulo clinico-assistenziale denominato *High Care* definito sia per risorse di personale che tecnologiche
Definizione del livello di intensità di cura 2A
Per livello 2A si intende quel livello clinico-assistenziale caratterizzato da un frequente monitoraggio dei segni vitali e/o interventi diagnostico-terapeutici e/o di nursing
Definizione dei moduli assistenziali
Nell'Area di Degenza Medica le aree dovranno prevedere moduli con due caratteristiche assistenziali: Il Modulo *High Care*, caratterizzato dalla presenza di pazienti di livello 2A (30% dei pazienti) Il Modulo *Degenza Ordinaria*, caratterizzato dalla presenza di pazienti di livello 2 (70% dei pazienti) Il Modulo *High Care* dovrà essere fisicamente individuato in sede attigua al Modulo *Degenza Ordinaria*
Il team di valutazione
L'accesso al Modulo *High Care* è di competenza del Team di Valutazione così composto: Medico di guardia del Modulo *High Care* Infermiere del Modulo *High Care*
Criteri di ammissione al modulo *High Care*
Mancanza di criteri per ingresso in ambiente intensivo o sub-intensivo MEWS Paziente in NIV Paziente cardiologico non ad alto rischio emodinamico Paziente ad elevato rischio di instabilità clinica Criteri di carico assistenziale IDA (indice di dipendenza assistenziale)
Possibile provenienza dei pazienti in *High Care*
Pronto Soccorso Step-down da livello 1A o 1B Step-up da livello due dopo briefing medico-infermieristico Moduli chirurgici per i pazienti post-intervento con complicanze mediche Altro (Ospedali, Day-H, Ambulatori specialistici, Medicina Territoriale, ecc.)
Risultati clinici attesi ed indicatori
1. Riduzione della mortalità in livello 2A e 2 rispetto allo storico del livello 2 *(Fonte Controllo di gestione)* 2. Maggiore indice di complessità SDO in livello 2A vs livello 2 *(Fonte Controllo di gestione)* 3. Miglioramento dell'Indice di performance di degenza media delle «Degenze Mediche» rispetto a quello rilevato negli anni precedenti *(Fonte Controllo di gestione)* 4. Proporzione di Pazienti con IDA in dimissione <a IDA in ingresso >80% *(Fonte CC)* 5. Aumento della qualità percepita da pazienti ed operatori *(Fonte Aziendale, questionario)*

Non-commercial use only

Conclusioni

La pandemia COVID-19 è stata un punto di svolta nelle nostre esperienze professionali e, probabilmente, nella nostra vita. Ha indotto un grande stress del Servizio Sanitario Nazionale ma ha determinato, e determinerà in poco più di qualche anno, cambiamenti che probabilmente sarebbero avvenuti in decenni. Sotto questo aspetto il lavoro del 'Gruppo di Governance per la Medicina Interna' ha raccolto la sfida di proporre, in questo contesto di ritrovato dinamismo, un adeguamento organizzativo-strutturale che potesse meglio rispondere ai bisogni di salute dei soggetti ricoverati in area medica, superando logiche organizzative e dinamiche ospedaliere delineate alla fine degli anni '80. Il risultato è stato quello di aver offerto una traccia che potesse facilitare riflessioni sulla realizzazione di ambienti con elevato livello di assistenza anche nelle Medicina Interne, rispondendo ai bisogni di molti pazienti già in esse ricoverati e rendendo strutturale quella capacità che la Medicina Interna ha dimostrato durante tutta la pandemia COVID-19, ovvero la multidisciplinarietà e la capacità di modulare il proprio impegno su diversi livelli di assistenza, da quelli più bassi a quelli più elevati come i reparti sub-intensivi COVID.[6,7]

Nell'ospedale del prossimo futuro, necessariamente pronto a rispondere in maniera rapida ed elastica a nuove pressioni pandemiche, la Medicina Interna dovrà trovare un ruolo centrale su cui far ruotare e appoggiare le rapide accelerazioni assistenziali determinate da possibili ulteriori pandemie.

Nella cultura medica il concetto di prevenzione della malattia precorre quello della cura; similmente, nell'organizzazione l'approccio preventivo offre il vantaggio di perseguire il miglior risultato possibile al minor costo possibile, ovvero, in estrema sintesi, di raggiungere l'obiettivo di un buon governo clinico efficacemente applicato alle organizzazioni sanitarie quali organismi complessi ed in continua evoluzione.

Conclusioni - proposte di indirizzo migliorativo

Il Gruppo ha ritenuto che il progetto di governance proposto possa contribuire al processo di evoluzione della gestione della Medicina Interna dopo la straordinaria esperienza legata alla pandemia COVID-19, sostenendo: i) il miglioramento dell'appropriatezza delle cure verso i pazienti afferenti alle degenze ordinarie per acuti ma che presentano un livello clinico/assistenziale elevato; ii) l'efficienza creata dalla proporzionalità dell'assistenza verso i bisogni di cura espressi e misurati; iii) la garanzia di un modulo assistenziale infermieristico di elevata performance.

Tabella 2. Analisi SWOT.

STRENGHTS - S
Risposta concreta all'incremento della complessità clinica di pazienti con elevati gradi di instabilità
Flessibilità organizzativa con facilità di collocazione del paziente nel setting di cura più appropriato con migliore rapporto costo-efficacia rispetto alla Rianimazione e con minore esposizione alle complicanze
Centralità dei bisogni assistenziali del paziente
Distribuzione delle risorse infermieristiche in base all'intensità assistenziale dal punto di vista sia quantitativo (rapporto infermieri/pazienti) sia qualitativo
Riduzione degli accessi impropri in UTI
Maggiori possibilità di trasferimento dalle Rianimazioni all'area critica di pazienti ancora in fase di svezzamento (step-down)
Garanzia di un alto setting assistenziale pur con meno infermieri rispetto alle Rianimazioni
WEAKNESSES - W
La forte innovazione organizzativa ed assistenziale può suscitare resistenza al cambiamento di ruolo da parte di alcuni dirigenti medici internisti
Necessità di un leader forte e riconosciuto dal team per implementare nel concreto il cambiamento
Non è attuabile da subito in tutte le UU.OO. di Medicina Interna, ma richiede un'esperienza già acquisita nella gestione del paziente critico
Possibile scetticismo da parte della Direzione strategica e/o di altri specialisti ospedalieri
Difficoltà di ottenere il riconoscimento di una congrua dotazione aggiuntiva di personale
OPPORTUNITIES - O
Occasione di evoluzione professionale e formativa degli specialisti in Medicina Interna e degli infermieri
Formazione integrata medico-infermieristica
Guadagno di immagine delle UU.OO. di Medicina Interna e rivalutazione del loro ruolo nell'ambito del presidio ospedaliero
THREATHS - T
Possibili conflitti con i rianimatori e conseguente rischio di 'scaricare' sull'Unità Operativa di Medicina Interna carichi assistenziali propri delle UTI
Possibili conflitti con pneumologi e cardiologi (già gestori di reparti/letti dedicati a pazienti critici)
Rischio che all'attivazione dei posti letto di terapia semintensiva non si accompagni necessariamente l'assegnazione di una dotazione organica aggiuntiva.

Non commerciale

Bibliografia

1. Mazzone A, Campanini M, De Carli S, et al.; for the FADOI Groups of Clinical Governance. Clinical governance and clinical competence to support new scenarios and role of Internal Medicine. Ital J Med 2016;10:92-5.
2. Longo F, Ricci A. Le fratture generate dal COVID-19: quali priorità strategiche per la sanità italiana? Disponibile su: https://www.cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/1_OASI2020.pdf
3. Boscolo PR, Giudice L, Mallarini E, Rappini V. Le tecnologie nella gestione dell'emergenza: sviluppo e tenuta delle nuove soluzioni. Disponibile su: https://www.cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/17_OASI2020.pdf
4. Stefani I, Mazzone A. Come organizzare l'Area medica per affrontare le nuove sfide della complessità clinica ed assistenziale. Quaderni Ital J Med 2014;2(1):54-9.
5. Ventrella F, Ventrella S, Greco A. L'evoluzione organizzativo-funzionale della Medicina Interna: l'Area Critica di terapia semintensiva - valore innovativo e mission. Quaderni Ital J Med 2020;8(4):1-12.
6. Montagnani A, Pieralli F, Gnerre P, et al.; FADOI COVID-19 Observatory Group. COVID-19 pandemic and Internal Medicine Units in Italy: a precious effort on the front line. Intern Emerg Med 2020;15: 1595-7.
7. Mazzone A, Mumoli N. Reorganizing Italian Internal Medicine wards for COVID-19. Eur J Intern Med 2020;77:143.

Non-commercial use only

Considerazioni conclusive

In questo volume sono rappresentati gli esiti di un progetto di analisi, *awareness* e formativo che ha coinvolto un elevato numero di Specialisti impegnati in reparti di Medicina Interna, e che hanno avuto modo di confrontarsi su alcune dinamiche cliniche, gestionali e organizzative di particolare interesse ed attualità.

La Medicina in generale, e la Medicina Interna in particolare, sono attraversate da profonde trasformazioni, e dalla necessità di adattamento a molteplici condizioni che rendono i processi di assistenza e cura sempre più complessi. Le sfide per la Medicina Interna sono quelle di governare una disciplina sempre più eclettica, che spazia dalle diagnosi difficili alla gestione di patologie acute, e a quella di patologie croniche riacutizzate in pazienti sempre più complessi, spesso anziani, pluripatologici e politrattati, e con differenti esigenze in termini di richiesta di intensità di cura.

A questa situazione si è drammaticamente e prepotentemente aggiunto lo stress-test determinato dalla pandemia COVID-19, che per tempi oramai molto prolungati ha stravolto le dinamiche sanitarie, quelle dell'assistenza ospedaliera e visto la Medicina Interna sostenere il carico prevalente di pazienti ricoverati con infezione da SARS-CoV-2. La pandemia ha imposto ed accelerato sfide in parte nuove e in parte già presenti, e in maniera originale il progetto 'EUCLIDE' ha permesso di realizzare un forum di approfondimento, discussione e divulgazione su temi con specificità clinica ma anche trasversali (la comunicazione, la digitalizzazione) e di governance del sistema.

La logica del progetto era quella, da un lato, di analizzare ciò che era successo/stava succedendo in conseguenza della pandemia, e dall'altro di individuare le dinamiche e le indicazioni che da emergenziali potessero eventualmente diventare 'strutturali', migliorando la gestione di particolari tipologie di pazienti, implementando o sviluppando alcune attitudini comportamentali e gestionali, e proponendo adeguamenti organizzativi.

Nello specifico, due Gruppi di Lavoro si sono concentrati sulla gestione di pazienti complessi con patologia cardiovascolare o con diabete mellito, individuando alcuni aspetti critici meritevoli di particolare attenzione nei pazienti COVID-19 (ad esempio, raccomandazione di monitorare dal punto di vista cardiovascolare il paziente con Long-COVID anche nella più generale prospettiva di una ottimizzazione della terapia farmacologica cardiovascolare dopo il ricovero per infezione da SARS-CoV-2/opportunità di valutare il rischio tromboembolico ed emorragico nel post-ricovero per possibile adozione di una tromboprofilassi/possibilità di prevedere, per il paziente con diabete, un trattamento di associazione fra insulina e GLP1-RA/per i pazienti con diabete e COVID-19, prestare particolare attenzione al trattamento con glucocorticoidi, e alla gestione della nutrizione artificiale). L'esperienza COVID, sempre in relazione alle patologie cardiovascolari e al diabete, è però servita per focalizzare l'attenzione su alcune problematiche di ordine fisiopatologico, eziopatogenetico e clinico che la pandemia ha fortemente sottolineato, ma che si possono con frequenza ritrovare anche in pazienti non-COVID, come il rapporto fra trombosi-infezioni-infiammazione, o l'interazione fra terapia corticosteroidea e metabolismo glucidico, o la complessità del trattamento dell'iperglicemia in pazienti diabetici che richiedono nutrizione artificiale.

Le restrizioni causate dalla pandemia hanno pesantemente condizionato, e in alcuni casi impedito, da un lato la comunicazione con i pazienti e i famigliari, dall'altro l'accesso al monitoraggio, all'assistenza e alle cure di pazienti con altre malattie (in particolare quelle croniche). Ciò impone una doverosa riflessione sul valore della relazione fra professionisti sanitari da un lato e pazienti/famigliari dall'altro, e sull'opportunità che medici ed infermieri trovino occasioni di formazione teorica e *in practice* per migliorare le proprie competenze comunicazionali ('la relazione come tempo di cura'). In questo percorso può trovare un forte razionale l'inserimento negli organici della figura dello psicologo, in grado di offrire una competenza specifica nel percorso di miglioramento delle abilità comunicazionali, ma anche un supporto al team sanitario

Non-commercial use only

per la gestione dello stress psicologico, della demotivazione e del burnout, sempre più frequenti e che finiscono per influenzare negativamente la qualità e l'efficienza dell'assistenza e delle cure.

Inutile poi ricordare come, in conseguenza della pandemia, un tema quale quello della telemedicina e più in generale dell'applicazione alla salute delle tecnologie digitali sia uscito da una dimensione 'pionieristica' per diventare argomento di dominio e interesse generale. È verosimile che i prossimi anni saranno caratterizzati dal tentativo di indurre un forte impulso a questo settore (basti far riferimento alle 'missioni' previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), compito dei professionisti sanitari sarà quello di contribuire attivamente a 'governare' questa transizione. In tale prospettiva sarà fondamentale la capacità di medici e infermieri di far crescere le proprie competenze tecnologiche, per meglio guidare l'inserimento della sanità digitale nei percorsi strutturati di diagnosi e terapia (PDTA), garantire che la loro implementazione sia gestibile in maniera corretta, efficiente e possibilmente *labour saving*, e con una flessibilità e un equilibrio tali da porre telemedicina/televisite/telemonitoraggio, *etc*. come strumenti complementari e non alternativi rispetto al metodo clinico tradizionale. Solo in questo modo sarà possibile valorizzare le potenzialità che la tecnologia offre, con l'obiettivo finale di migliorare l'outcome dei pazienti.

Infine, non possiamo dimenticare le sfide che la Medicina Interna ha dovuto affrontare, per la gestione della pandemia, da un punto di vista organizzativo e strutturale, dimostrando una spiccata attitudine verso la multidisciplinarità e la capacità di modulare il proprio impegno su livelli di assistenza a diversa intensità. Complessivamente, gli Ospedali italiani continuano ad operare secondo logiche organizzative e standard fissati alla fine degli anni '80. È indubbio che il contesto clinico-epidemiologico e sanitario, a prescindere dalla pandemia, è ora significativamente mutato, così come il profilo di assistenza che viene erogata nei reparti di Medicina Interna. Questi ultimi ricoverano la grande maggioranza dei pazienti medici con acuzie accettati dal Pronto Soccorso, pazienti fragili spesso caratterizzati da condizioni cliniche severe e instabili. In questo senso la possibilità di inserire nel contesto dei reparti internistici letti a maggiore intensità di cura, come proposto dal Gruppo di Lavoro sulla Governance che ha partecipato al progetto 'EUCLIDE', risponde a questa esigenza di maggior corrispondenza rispetto alle necessità assistenziali e di flessibilità in un percorso di ricovero che può presentare fasi a diverso livello di complessità clinica.

In conclusione, i lavori del progetto 'EUCLIDE' hanno permesso di realizzare una approfondita riflessione su come la pandemia COVID-19 abbia proposto sfide fino a quel momento poco conosciute, ma soprattutto come abbia agito e stia agendo da acceleratore di alcune dinamiche e problematiche di fatto già presenti ma forse non adeguatamente affrontate. Con la pandemia, la Medicina Interna si è trovata a gestire una drammatica situazione che ne ha valorizzato la sua vocazione di disciplina 'ponte', geneticamente orientata a quella interdisciplinarità che si è rivelata, insieme alla flessibilità organizzativa, la modalità più efficace per affrontare l'emergenza. Molte delle lezioni impartite da COVID-19, sia in termini di conoscenze clinico-terapeutiche che comportamentali-strutturali dovrebbero diventare patrimonio della Medicina e della Medicina Interna per i prossimi, per realizzare una Medicina e una Medicina Interna probabilmente 'diverse', auspicabilmente 'migliori'.

Gli Autori degli articoli presenti in questo volume e Fondazione FADOI
desiderano ringraziare
Sanofi Italia per il supporto non condizionato
offerto per la realizzazione del progetto 'EUCLIDE'.

Non-commercial use only

LINEE GUIDA PER GLI AUTORI

I *Quaderni dell'Italian Journal of Medicine (Quaderni ITJM)*, costituiscono una collana supplementare ***solo online*** annessa alla rivista *Italian Journal of Medicine* contenente lavori solo in *lingua italiana*.

I Quaderni ITJM pubblicano:
- Monografie *ad hoc* individuate dal Presidente FADOI, dal Consiglio Direttivo, dal Board Scientifico o dall'Editor in Chief dell'*Italian Journal of Medicine*, in funzione del contesto scientifico-istituzionale attuale.
- Monografie *ad hoc* su temi di particolare rilevanza scientifica a cura della *Commissione FADOI Giovani*.
- Traduzioni in italiano di alcuni lavori pubblicati sui numeri standard dell'*Italian Journal of Medicine*, di particolare interesse per la comunità scientifica.

STESURA DEI LAVORI

I lavori dovranno essere redatti in modo conforme alle linee guida sotto riportate:
- I manoscritti devono essere scritti *interamente* in lingua italiana, su documento di Word, con *carattere* Times New Roman/Arial, *dimensione* 12, *formato* A4, *interlinea doppia* e *margini* 2,54 cm.
  Parole totali: max 4000; *Sommario/Abstract*: max 250 parole; *Bibliografia*: min 40 voci; *Tabelle e Figure*: 3/5 totali (le tabelle non devono superare n. 1 pagina del documento in Word).
- La strutturazione del contenuto deve attenersi agli standard internazionali per la Rassegna (*Review*): i) Abstract riassuntivo dell'intero lavoro; ii) Introduzione al tema trattato; iii) Criteri e strumenti di ricerca (criteri di inclusione/esclusione, banche dati consultate, …); iv) i successivi paragrafi devono illustrare le più recenti scoperte scientifiche nel settore; v) Conclusioni; vi) Bibliografia.
- La prima pagina deve riportare: i) titolo (in stampatello minuscolo), senza acronimi; ii) nome e cognome per esteso di ciascun autore; iii) affiliazione(i) di ciascun autore, numerate con numeri arabi; iv) eventuali ringraziamenti; v) nome e indirizzo postale completi dell'autore corrispondente, corredati da telefono, fax, e-mail; vi) da 3 a 5 parole chiave, separate da virgola. La seconda pagina può riportare: i) contributi degli autori, *e.g.* informazioni relative a contributi sostanziali delle persone coinvolte nello studio (http://www.icmje.org/#author); ii) dichiarazione relativa a potenziali conflitti d'interesse; iii) ulteriori informazioni (*e.g.* fondi, esposizioni durante conferenze...).
- In caso di utilizzo di *tabelle*, queste devono essere tutte numerate con numeri arabi e citate nel testo in ordine consecutivo (*e.g.* NON nominare le tabelle come Tabella 1A, 1B, … o 1.0, 1.1,…). Le tabelle devono essere presentate in formato editabile. Ciascuna tabella deve essere corredata da una breve didascalia; in caso di abbreviazioni, riportare una nota a piè di CIASCUNA tabella che spieghi TUTTE le abbreviazioni presenti in ognuna.
- In caso di utilizzo di *figure*, queste devono essere inviate in formato .tiff o .jpg, allegate al manoscritto in singoli files, secondo le seguenti specifiche:
  i) a colori (salvate in modalità CMYK): minimo 300 dpi di risoluzione;
  ii) in bianco e nero: minimo 600 dpi di risoluzione;
  iii) minimo 17,5 cm di larghezza.
  Ciascuna figura deve essere corredata da una breve didascalia.

NB: **In caso di Tabelle/Figure riprese e/o modificate da altri lavori già pubblicati, sarà cura degli autori accertarsi se tali materiali siano o meno coperti da copyright e procurarsi i permessi necessari per la riproduzione. Tali permessi dovranno essere allegati alla versione definitiva del lavoro. L'ufficio editoriale si riserva la facoltà di rimuovere Tabelle/Figure coperte da copyright, se sprovviste dei necessari permessi.**

- In caso di utilizzo di *abbreviazioni*, la prima volta che esse sono citate è necessario scrivere per esteso la definizione+abbreviazione tra parentesi tonde [*e.g.* risonanza magnetica (RMN)], a seguire si dovrà riportare solo l'abbreviazione (*unica eccezione:* nei titoli e nelle didascalie di tabelle e figure NON si utilizzano abbreviazioni).

BIBLIOGRAFIA

Le voci bibliografiche devono essere formattate secondo lo stile *Vancouver*.
Nella sezione Bibliografia, le voci bibliografiche devono essere numerate consecutivamente nell'ordine in cui appaiono per la prima volta nel testo (NON in ordine alfabetico) e, nel testo, devono essere indicate con numeri arabi *in apice*. Voci bibliografiche riferite a comunicazioni personali o dati non pubblicati devono essere incorporate nel testo e NON inserite tra le voci numerate [*e.g.* (Wright 2011, dati non pubblicati) o (Wright 2011, comunicazione personale)].
Le voci bibliografiche nella sezione Bibliografia devono *tassativamente* essere preparate come segue:
i) più di 3 autori, citare *3 autori, et al*. Se il lavoro contiene solo 4 autori, citarli tutti e 4;
ii) titolo del lavoro in stampatello minuscolo;
iii) nome della rivista, senza punti, abbreviato secondo gli standard internazionali; in caso di dubbi sulla corretta abbreviazione, fare riferimento ai seguenti siti:
   a. ISI Journal Abbreviations Index (http://library.caltech.edu/reference/abbreviations/);
   b. Biological Journals and Abbreviations (http://home.ncifcrf.gov/research/bja/);
   c. Medline List of Journal Titles (ftp://ftp.ncbi.nih.gov/pubmed/ J_Medline.txt);
iv) inserire l'anno di pubblicazione subito dopo il nome della rivista, seguito da punto e virgola;
v) NON inserire giorno o mese di pubblicazione;
vi) citare solo il volume, seguito dai due punti (NON citare il fascicolo tra parentesi);
vii) abbreviare le pagine, *e.g.* 351-8.
Per accertarsi di aver correttamente formattato le voci bibliografiche, confrontarle con le citazioni in PubMed (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed).

Esempi (prestare attenzione anche alla punteggiatura):

Articolo standard su Rivista
Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med 2002;347:284-7.

Proceedings
Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, eds. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming, 2002 Apr 3-5, Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. pp 182-91.

Articoli i cui autori sono Organizzazioni
Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension 2002;40:679-86.

Libri
Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis, MO: Mosby; 2002. (CITAZIONE DEL LIBRO INTERO)

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, eds. The genetic basis of human cancer. New York, NY: McGraw-Hill; 2002. pp 93-113. (CITAZIONE DI UN CAPITOLO)

MODALITÀ D'INVIO DEI LAVORI

Monografie
Gli Autori dovranno fare riferimento all'Editor-in-Chief o alle persone da lui designate nelle lettere di invito a scrivere gli articoli programmati.
Per gli articoli inviati da giovani internisti, gli Autori dovranno fare riferimento al Dr. Michele Meschi (e-mail: mmeschi@ausl.pr.it) e agli eventuali altri referenti da lei designati, nelle prime fasi di stesura dei manoscritti, revisioni e correzioni.

Il Dr. Meschi raccoglierà poi le versioni definitive dei lavori di ciascuna monografia e provvederà all'invio di tutti i materiali all'ufficio editoriale.
I lavori solo nella loro versione definitiva e approvata dalla *Commissione FADOI Giovani* dovranno pervenire all'ufficio editoriale già pronti per l'impaginazione e immediata pubblicazione (*già corredati da eventuali permessi per la riproduzione di tabelle e immagini redatti secondo le presenti linee guida*).

Traduzioni
Previo invito dell'Editor-in-Chief, gli Autori dovranno far pervenire all'ufficio editoriale la *versione tradotta in italiano*, al seguente indirizzo e-mail: *paola.granata@pagepress.org*
Il file in formato Word dovrà essere formattato secondo gli standard editoriali della rivista ufficiale ed essere già pronto per impaginazione e immediata pubblicazione (*corredato da eventuali permessi per la riproduzione di tabelle e immagini*).
Si prega di inviare le eventuali tabelle in formato editabile e le figure in alta definizione secondo gli standard sopra riportati.

NOTA PER GLI AUTORI
I lavori pubblicati sui Quaderni ITJM *non verranno indicizzati, ma saranno liberamente disponibili in un'apposita sezione del sito FADOI (http://www.fadoi.org/) e della rivista ufficiale.*
Gli Autori i cui lavori siano accettati per la pubblicazione sui Quaderni ITJM *e che fossero interessati a vederli pubblicati* anche *sulla rivista ufficiale, dovranno sottomettere attraverso il sito dell'ITJM (www.italjmed.org) la versione (già tradotta) in inglese e redatta in modo conforme alle linee guida della rivista; seguiranno poi la procedura di selezione tramite peer review e, se accettati, saranno inseriti nel piano editoriale standard.*

Non-commercial use only

STAFF EDITORIALE
Paola Granata, Journal Manager
paola.granata@pagepress.org

Claudia Castellano, Production Editor

Tiziano Taccini, Technical Support

PUBBLICATO DA
PAGEPress Publications
via A. Cavagna Sangiuliani 5
27100 Pavia, Italy
T. +39.0382.1549020
F: +39.0382.1727454

www.pagepress.org
info@pagepress.org

QUADERNI - ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE
Tutti gli articoli pubblicati sui QUADERNI - *Italian Journal of Medicine* sono redatti sotto la responsabilità degli Autori. La pubblicazione o la ristampa degli articoli della rivista deve essere autorizzata per iscritto dall'editore. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03, i dati di tutti i lettori saranno trattati sia manualmente, sia con strumenti informatici e saranno utilizzati per l'invio di questa e di altre pubblicazioni e di materiale informativo e promozionale. Le modalità di trattamento saranno conformi a quanto previsto dall'art. 11 del D.Lgs 196/03. I dati potranno essere comunicati a soggetti con i quali PAGEPress intrattiene rapporti contrattuali necessari per l'invio delle copie della rivista. Il titolare del trattamento dei dati è PAGEPress Srl, via A. Cavagna Sangiuliani 5 - 27100 Pavia, al quale il lettore si potrà rivolgere per chiedere l'aggiornamento, l'integrazione, la cancellazione e ogni altra operazione di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/03.

https://www.italjmed.org/index.php/ijm/quad

Pubblicato: settembre 2022.

Non-commercial use only

Non-commercial use only

Non-commercial use only

Non-commercial use only

PAGEPress - Scientific Publications
Via A. Cavagna Sangiuliani, 5 - 27100 Pavia - Italy
Phone +39 0382 1549020 - Fax +39 0382 1727454
www.pagepress.org