

Il punto sulle principali patologie gastrointestinali dal professor Antonio Gasbarrini, direttore area Gastroenterologia della Fondazione Policlinico A. Gemelli e presidente della sezione Lazio Sige

## CLINICA DEI MICROBI

# Aiutare le persone a vivere al meglio



Antonio Gasbarrini

**S**ono tante le patologie che in un prossimo futuro verranno trattate anche attraverso la modulazione del microbiota: dalla retto-colite ulcerosa, alle malattie auto infiammatorie, come l'artrite reumatoide. «Ma enorme è l'interesse anche in campo oncologico», sottolinea il professor Antonio Gasbarrini, direttore area Gastroenterologia della Fondazione Policlinico A. Gemelli e presidente della sezione Lazio della Società Italiana di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva (Sige). **L'identikit del microbiota.** È sicuramente un importante capitolo della medicina di precisione. Oggi è possibile chiedere la caratterizzazione metagenomica del microbiota (almeno di quello fecale), che rappresenta la sua carta d'identità. Questa viene effettuata spesso da spin-off create proprio per la caratterizzazione del microbiota, at-

**'Siamo quello che mangiamo' recitava un aforisma della medicina tradizionale. «Oggi andrebbe modificato in 'Siamo quel che mangiano i nostri batteri' - dice il professor Antonio Craxi, presidente della Società Italiana di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva (Sige) - Il microbiota intestinale, un complesso di un enorme numero di specie microbiche che abitano il nostro intestino, è una rete incredibilmente complessa di microbi che, interagendo, giocano un ruolo cruciale non solo nella digestione, ma anche in tutte le funzioni dell'organismo e nella difesa immunitaria. Questa rete influenza le funzioni endocrine e ha effetti persino sul sistema nervoso centrale. Un numero sempre più consistente di studi non lascia dubbi in merito al fatto che una composizione diversificata ed equilibrata del microbiota è fondamentale per il nostro benessere». (F. MAS.)**



Antonio Craxi



traverso tecniche di next generation sequencing. I referti sono molti complessi e descrivono la composizione del microbiota in termini di

filae, di famiglie, di specie. Il problema è che, una volta acquisito il profilo metagenomico del microbiota, cosa possiamo farci? Siamo in grado di inter-

pretarlo e di modularlo? E se si come? Siamo cioè in grado di capire se per quella patologia specifica quel profilo debba essere modificato o meno? È proprio questo lo spazio nel quale si inserisce una 'microbiome clinic'. La microbiome clinic è un ambulatorio che dovrebbe essere gestito da clinici dell'apparato digerente (se parliamo di patologie dell'apparato digerente), che conoscano molto bene la patogenesi di queste malattie e siano aggiornati sugli studi scientifici che sono sempre più numerosi sull'argomento. Importante la presenza di un microbiologo clinico e di un infettivologo, che insieme al gastroenterologo valutino la necessità e la tipologia di intervento da effettuare. Fonda-

mentale in questo team anche il nutrizionista, perché variando l'apporto dei grassi, delle proteine, delle fibre con la dieta, è possibile modulare la composizione del microbiota. **No al 'fai da te'.** Il counselling dello specialista è fondamentale. Come nel campo della genetica, dove ci sono persone che ti fanno il profilo dei geni per poi lanciarsi in interpretazioni fantasiose su malattie che possono venire, creando ansie pericolose nei pazienti patofobici; anche nel caso del microbioma potrebbe succedere presto qualcosa del genere, del tipo 'dimmi che microbi hai e ti dirò cosa fare'. **Dove si trovano le microbiome clinic.** Idealmente dovrebbero nascere dentro le divisioni di gastroenterologia, medicina interna, malattie infettive. Ad oggi l'unica aperta in Italia è al Gemelli, ma ormai sono tanti gli esperti di microbioma e quindi non sarebbe difficile creare questi team composti da gastroenterologo, microbiologo, infettivologo e nutrizionista. Non è più pensabile che in un centro IBD (malattie infiammatorie intestinali) non ci sia un esperto di microbioma. Tutti i centri che si occupano abitualmente di trapianto di microbiota potrebbero avere una 'microbiome clinic' strutturata.

FABRIZIA MASELLI

## Un matrimonio 'combinato' per il diabete di tipo 2

**P**iù della metà delle persone con diabete tipo 2 in cura con insulina non ha un buon controllo della malattia. «Ciò accade perché il diabete, per sua natura, è una malattia progressiva e impone che nel tempo la terapia venga opportunamente intensificata associando ai farmaci orali dosi adeguate di insulina, quando necessario per mantenere un buon compenso metabolico, fondamentale per prevenire o rallentare le complicanze a lungo termine, come quelle micro e macrovascolari», chiarisce Simona Frontoni, Professoressa di Endocrinologia, Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina, Università di Roma Tor Vergata. «Nella pratica però si assiste spesso ad una 'inerzia terapeutica', cioè la ritardata o mancata attuazione di una corretta intensificazione della terapia, con conseguente mancato raggiungimento di un buon controllo del diabete». «È l'ipoglicemia - l'eccessiva riduzione della quantità di zucchero nel sangue -, soprattutto quella notturna che si manifesta durante il sonno quando uno è più indifeso, a preoccupare in Italia in media 6 persone con diabete su 10. Per coloro che sono in terapia insulinica rappresenta una vera e propria sfida,



tant'è che il 46,5% riporta uno o più episodi in un mese», spiega Antonio Nicollucci, Direttore Coresearch - Center for outcomesresearch and clinicaledpidemiology. «Secondo le raccomandazioni delle società scientifiche americane ed europee ADA (American Diabetes Association)/EASD (European Foundation for the Study of Diabetes), quando l'aggiunta di insulina basale ai medicinali orali per il diabete fallisce bisogna procedere con una terapia iniettiva combinata con più farmaci. Tra le possibili strategie

di intensificazione, vi è l'aggiunta di una iniezione di insulina ad azione rapida prima del pasto più abbondante di agonisti recettoriali del GLP-1», spiega Agostino Consoli, Professore di Endocrinologia presso Università degli Studi 'G. D'Annunzio' Chieti - Pescara. «In entrambi i casi ciò implica per il paziente l'introduzione in terapia di un'ulteriore iniezione e quindi una gestione più complicata della cura. Con la nuova formulazione IDegLira questo non è più necessario». Grazie alla recente disponibilità in Italia di IDegLira, una insulina basale potenziata con un agonista recettoriale del GLP-1, in combinazione fissa in un'unica penna, è possibile intensificare la terapia praticando una sola iniezione al giorno, a qualsiasi ora, indipendentemente dai pasti. IDegLira, rimborsabile in classe A dal Servizio Sanitario Nazionale, è indicato per gli adulti con diabete tipo 2 «per migliorare il controllo glicemico in associazione con medicinali ipoglicemizzanti orali quando questi in monoterapia o in associazione con agonisti del recettore del GLP-1 o con insulina basale non permettono un controllo glicemico adeguato».

MATILDE SCUDERI

## Corso sul valore del farmaco e il valore della cura

**Q**uali sono gli orizzonti della ricerca farmaceutica? Quali le complessità e gli investimenti necessari, anche intertermini di capitale umano, per trasformare una nuova molecola in un farmaco? Qual è il vero valore generato dall'industria farmaceutica? Questi i temi centrali del Corso di formazione e aggiornamento per giornalisti organizzato nei giorni scorsi a Roma da dalla Società italiana di comunicazione scientifica e sanitaria (Sics) in collaborazione con la Fondazione MSD. Stefano Vella (Presidente AIFA), Patrizia Popoli (Direttore Centro Nazionale Ricerca e Valutazione Preclinica e Clinica dei farmaci dell'Istituto Superiore di Sanità), Massimo Scaccabarozzi (Presidente di Far-

industria), Federica Castellani (Head of Medical and Health Information Service di EMA), Paola Testori Coggi (Presidente CPR, AIFA), Sonia Viale (Assessore alla Sanità della Regione Liguria) e Antonio Gaudio (Segretario Nazionale di Cittadinanzattiva) i relatori che si sono confrontati sui temi della complessità e dei costi della ricerca, della valutazione e delle problematiche di accesso alle cure. A seguire, Mario Melazzini (Direttore Generale Aifa) ha declinato il valore dell'innovazione farmaceutica e tecnologica per la persona e per il sistema sanitario nel suo complesso mentre una valutazione dell'impatto sociale, economico e culturale delle nuove cure e delle nuove tecnologie è stata af-

fidata a Pietro Derrico (Presidente della Società Italiana di Health Technology Assessment). La lectio magistralis di Andrea Grignolo (Storico della Medicina) su etica e deontologia della comunicazione scientifica ha introdotto la parte finale del corso: un dialogo a più voci sui temi della comunicazione e della notiziabilità tra responsabili della comunicazione istituzionale (Luciano Fasari, Ministero della Salute, Mirella Taranto, Istituto Superiore di Sanità, Fabio Mazzeo, AIFA e Agostino Carloni, Farmindustria) e giornalisti esperti del settore come Stefano Marroni (Vice Dir. TG2), Daniela Minerva (Caporedattore di Repubblica) e Annalisa Manduca (RAI Radio1). (M. SCU.)

FABIO FARINATI\*



## Ruolo delle società scientifiche nel Servizio sanitario nazionale

Centralismo o regionalismo? Questa era la domanda posta alla Winter School 2018 recentemente tenuta a Como, che ha visto le relazioni di rilevanti personaggi del panorama della sanità italiana e, tra tutte, quella del professor Renato Balduzzi, ex ministro della Salute del governo Monti, che ha tratteggiato la storia della sanità italiana e delle riforme l'hanno portata ad essere oggi una delle migliori in Europa, nonostante luci ed ombre. Quale il ruolo in questo scenario delle società scientifiche, che rappresentavano in quanto segretario della Società italiana di gastroenterologia ed endoscopia digestiva (Sige)? A giudicare dalla reazione della audience quando le società sono state citate, la loro credibilità è modesta, probabilmente in relazione all'idea che esse tendano sempre e solo a 'portare acqua al proprio mulino'. Nel mio intervento ho cercato di far capire che la situazione non è questa. Sige, federata con l'Associazione Italiana Gastroenterologi Ospedalieri (Aigo) e con la Società italiana di endoscopia digestiva (Sied) a formare la Federazione italiana delle società delle malattie dell'apparato digerente (Fismad), ha negli anni gestito operazioni degne di nota, quale la pubblicazione del 'Libro bianco della gastroenterologia italiana', presentato al Ministero, che elenca le attività gastroenterologiche in Italia. Un grosso lavoro è stato inoltre fatto da Fismad a livello regionale. In Lombardia, Veneto ed altre regioni, Fismad si è fatta controparte e partner dei decisori politici ed ha con essi collaborato ad una

serie di iniziative quali, nel Veneto la stesura dei Raggruppamenti omogenei di assistenza (Rao) per l'attività ambulatoriale ed endoscopica e l'identificazione della rete dell'Emergenza/Urgenza Endoscopica e dei requisiti dei servizi di endoscopia digestiva. Fismad ha inoltre partecipato ai lavori di alcune Commissioni ed alla stesura dei Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (Pdta) per le neoplasie dello stomaco e del fegato nella Rete Oncologica Regionale del Veneto. Fismad Veneto ha infine creato la 'Consulta dei direttori di gastroenterologia', per coinvolgere nelle iniziative gastroenterologiche e nei rapporti con la Regione anche questa specifica rappresentanza, con la richiesta di un tavolo permanente di lavoro, che consenta una collaborazione continuativa. In sostanza una equa ripartizione di ruoli tra centro e regioni garantisce scelte equilibrate ed organizzazione adeguata alla richiesta sanitaria della popolazione. Il regionalismo favorisce la creazione di modelli organizzativi specifici basati su specifici 'bisogni', e rende possibili valutazioni epidemiologiche e di outcome, che inneschino un rapido feedback. È necessaria una interfaccia con le società scientifiche, chiamate a collaborare alla scelta di modelli organizzativi ed alla stesura di Pdta in tavoli di lavoro stabili, che consentano una ottimizzazione dei risultati.

\*Ordinario di gastroenterologia, università di Padova