

HEPATOS *a tutto* FEGATO



Periodico della Fondazione
Lionello Forin Hepatos Onlus

ANNO 20 - N. 1 - FEBBRAIO 2026

Autorizzazione del Tribunale di Padova n. 2096
del 23.07.2007 - Poste Italiane S.p.a. -
Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n. 46)
art. 1, comma 2 e 3, CNS PD



PAGINA 2 / 3:
oggi parliamo di...

*La dieta mediterranea come
stile di vita per prevenire
le malattie del fegato*

PAGINA 4:
l'angolo del direttore

PAGINA 5:
l'esperto risponde

PAGINA 6:
cosa c'è di nuovo

PAGINA 7:
dalla parte
del paziente

PAGINA 8:
fegato e dintorni
Pillola importuna

PAGINA 9:
il fegato nella storia
della medicina

PAGINA 10 / 11:
editoriale

PAGINA 12:
la Fondazione:
chi, come, dove



La dieta mediterranea come stile di vita per prevenire le malattie del fegato

La dieta mediterranea è uno degli strumenti più efficaci per proteggere il fegato. Oggi si sente sempre più frequentemente parlare di MASLD (malattia epatica steatosica associata a disfunzione metabolica), una condizione che si sviluppa quando il grasso si accumula nel fegato in presenza di fattori associati come obesità, diabete di tipo 2, colesterolo alto e pressione alta.

Alimentazione equilibrata, controllo del peso e attività fisica sono le principali armi di prevenzione e cura della MASLD. Una dieta sana può ridurre il grasso e l'infiammazione nel fegato

e, in molti casi, migliorare o persino far regredire la malattia, anche nelle forme più avanzate.

La dieta mediterranea è ricca di verdure, frutta, cereali integrali, legumi, pesce e grassi "buoni" come l'olio extravergine d'oliva. Fornisce fibre, vitamine, minerali e polifenoli, tutti composti con proprietà antiossidanti e antinfiammatorie che aiutano a contrastare il danno epatico. Inoltre, la dieta mediterranea prevede la riduzione di zuccheri e carboidrati raffinati, grassi saturi, cibi ultra-processati e carne rossa e lavorata, tutti correlati al rischio di MASLD.

In diversi studi clinici è stato dimostrato che i grassi saturi hanno un effetto negativo sulla steatosi epatica. Inoltre, diversi altri studi hanno dimostrato l'associazione dannosa tra MASLD e un elevato consumo di carne rossa e lavorata. L'assunzione di zuccheri aggiunti, in particolare fruttosio, soprattutto se sotto forma di bevande zuccherate, porta a un aumento del contenuto di grasso e potenzialmente dell'infiammazione nel fegato. Esiste un'associazione tra il quantitativo di bevande analcoliche e MASLD, essendo un consumo di almeno 4 porzioni a settimana corre-



lato a un aumento del 45% del rischio di sviluppare MASLD. Allo stesso modo, una dieta non sana è correlata al rischio di cancro al fegato: ancora una volta, un elevato consumo di carne rossa, grassi saturi, colesterolo e zuccheri raffinati è associato a un aumento del rischio di malattia. Al contrario, la dieta mediterranea e modelli alimentari similmente salutari sono associati a un minor rischio di cancro al fegato. L'adozione modelli alimentari più sani è stata anche associata a un minor rischio di mortalità per tutte le cause, incluse quelle cardiovascolari e oncologiche, negli adulti con MASLD, con evidenze talmente forti da portare a includere le medesime raccomandazioni nelle linee guida di società scientifiche diverse.

Un regime dietetico più sano, soprattutto se associato all'attività fisica, si associa spesso a un calo del peso corporeo. È stato documentato in molti studi come una perdita di peso del 5-10% possa ridurre in modo significativo l'accumulo di grasso ed il grado di fibrosi al fegato nella MASLD. Tuttavia, anche senza dimagrire, seguire questo modello alimentare ha effetti positivi sul fegato. In una giornata, andrebbero consumate almeno tre porzioni di verdure e due di frutta, preferendo quella fresca e limitando i succhi che, come già detto, contengono molti zuccheri. Il pesce azzurro e quello dei mari freddi (salmone, sgombro, sardine, aringa, tonno) apportano omega-3, noti per la loro azione antinfiammatoria, ed an-

drebbe consumato almeno tre volte a settimana. Carni bianche e uova costituiscono fonti proteiche di qualità, ma vanno consumati con moderazione. I legumi andrebbero consumati almeno tre volte a settimana, mentre andrebbero preferiti i cereali (pane, pasta, riso) integrali al 100%. L'olio extravergine d'oliva va privilegiato rispetto a burro e margarina. Tra le bevande, il caffè e il tè verde contengono polifenoli utili per il fegato, mentre andrebbero evitati gli alcolici.

Cambiare abitudini alimentari richiede tempo, ma piccoli cambiamenti costanti possono fare una grande differenza per la salute del fegato e dell'intero organismo. Il supporto di un esperto può risultare fondamentale in tal senso.

OGGI PARLIAMO DI...



Crisi della Sanità italiana



L'articolo 32 della Costituzione italiana recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". In attuazione di questi principi nel 1978, per iniziativa dell'allora Ministro della Sanità Tina Anselmi, con la legge n.833 nasce il Servizio sanitario nazionale (SSN). Secondo questa legge il SSN, attraverso le risorse dello Stato ricavate dalla fiscalità generale, assicura l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini, compresi gli stranieri, senza distinzione di reddito (principio di universalismo e solidarietà). La salute è tutelata in tutti i suoi aspetti, dalla prevenzione alla riabilitazione (globalità della copertura), in coerenza con i principi e gli obiettivi costituzionali.

Successive norme legislative (dl 502/92 e 517/1993; dl 229/99; L.c.3/2001 -riforma del titolo V della costituzione- e successivi interventi), hanno introdotto numerose modifiche, anche sostanziali, della legge n.833/1978. Ne è risultato un indebolimento dei principi di universalismo, della globalità della copertura, della gratuità delle cure ed è stato introdotto il concetto di privatizzazione del SSN (le cure non sono erogate solo dallo Stato, ma anche da imprese private). In definitiva si sono indeboliti gli obiettivi e i principi espressi dalla Costituzione e dalla legge del 1978, che facevano del sistema sanitario italiano un modello di riferimento lodato e invidiato da tutti. Ferma restando la grande compe-

tenza scientifica dei medici italiani, oggi il sistema sta attraversando una fase di grande criticità e rischia il tracollo. Sebbene il modello continui formalmente a garantire il diritto alla salute, la combinazione di vari fattori negativi, come la crescente domanda di assistenza a fronte di risorse limitate (nel 2024 la spesa sanitaria è stata del 6,3% del prodotto interno lordo rispetto alla media europea del 6,9%), la carenza di personale sanitario (blocco delle assunzioni e fuga verso l'estero e il privato), le disuguaglianze territoriali nell'assistenza (grande disparità fra le regioni del nord e del sud), gli sprechi e le inefficienze (responsabili di circa il 19% della spesa sanitaria pubblica), hanno definitivamente compromesso i principi costituzionali e trasformato il SSN da pubblico a sistema ibrido (pubblico e privato); infatti circa il 40% delle prestazioni e dei servizi sanitari sono erogati dalla sanità privata. La crisi è testimoniata dalla enorme lunghezza delle liste di attesa, dal sovraccollamento dei Pronto Soccorso, dalla difficoltà a iscriversi ad un medico o un pediatra di famiglia vicino al proprio domicilio, dall'aumento fino al 25% della spesa sanitaria a carico delle famiglie, in particolare per la sanità privata o per le prestazioni convenzionate. Nel 2024 circa 5,8 milioni di italiani (9,9% della popolazione) hanno dovuto rinunciare ad almeno una visita specialistica o ad un esame diagnostico. La rinuncia alle cure legate ai tempi d'attesa è cresciuta del 51% e quella dovuta a ragioni economiche del 26,1% tra il 2023 e il 2024 (Fondazione Gimbe). Le disuguaglianze regionali e locali hanno accentuato il

fenomeno della migrazione sanitaria, in particolare dalle regioni meridionali verso quelle settentrionali. In tal modo il diritto alla salute è fortemente limitato portando alla perdita dell'universalismo e a disparità sociali: oltre il 70% degli italiani ritiene che la sanità pubblica sia peggiorata. La salute non sembra più essere considerata un bene comune da tutelare, ma una merce da comprare. Proprio quando si ha più bisogno di solidarietà e aiuto perché malati, in particolare i più deboli economicamente, i più fragili, gli anziani soli, alla sofferenza fisica e psicologica si aggiunge il sacrificio economico da affrontare, l'umiliazione di dover mendicare quello che aspetta per diritto, e talvolta l'imbarazzo di affrontare il nervosismo, la fretta e l'incomprensione del personale sanitario sovraccarico di lavoro. Di fronte a questa realtà, la politica ha risposto con provvedimenti legislativi, annunci e promesse, ma molte delle misure risultano insufficienti o male attuate, e persistono forti dubbi se si voglia andare verso un rafforzamento del servizio pubblico oppure verso una maggiore dipendenza dal privato. Per il futuro non si vedono prospettive di un miglioramento, che richiederebbe una presa di coscienza, una consapevolezza delle cause del malfunzionamento del sistema, una responsabilità e mobilitazione collettiva da parte della popolazione, ma soprattutto da parte delle Istituzioni che rischiano di compromettere la loro credibilità non solo nel tutelare la salute, ma anche nel perseguire l'interesse generale dei cittadini.

Mi è stata diagnosticata una iperplasia nodulare focale al fegato. Mi devo preoccupare?



L'iperplasia nodulare focale è una delle più frequenti lesioni benigne del

fegato, e origina in aree del fegato soggette a malformazioni della sua struttura vascolare, senza rischio di trasformazione in tumore maligno.

Di solito l'iperplasia nodulare focale viene scoperta per caso, durante un'ecografia fatta per altri motivi. Per la conferma diagnostica, è spesso necessario eseguire una Risonanza o una TAC con mezzo di contrasto, dove i noduli di iperplasia hanno un aspetto nodulare tipico. Solo in alcuni casi può essere necessario un ulteriore approfondimento diagnostico invasivo come la biopsia epatica.

Nella maggior parte dei casi l'iperplasia nodulare focale è solitaria e con dimensioni inferiori a 5 cm. Nel 20-30% dei casi le lesioni invece sono multiple e associate ad angioma epatico nel 20% dei casi.

Nella quasi totalità dei casi la presenza di iperplasia

nodulare focale non dà alcun sintomo (ed è il motivo per cui spesso vengono scoperte per caso) e quando sono presenti sintomi, essi sono secondari a fenomeni di tipo compressivo, nei casi in cui l'iperplasia nodulare focale sia di grandi dimensioni. Anche il rischio di rottura e/o di emorragia è praticamente assente, ed è stato descritto solo nei casi in cui l'iperplasia nodulare focale si localizzava vicino alla capsula del fegato.

Le dimensioni dell'iperplasia nodulare focale nella maggior parte dei casi sono stabili nel tempo e le tempistiche per la sorveglianza di queste lesioni devono essere condivise con il medico Curante caso per caso, anche in base alle dimensioni e alla loro posizione all'interno del fegato.

L'iperplasia nodulare focale è più frequente nelle donne in età fertile (fino al 90%), con età media alla presentazione generalmente tra i 35 e i 50 anni. Non è stato finora dimostrato che la gravidanza e i contraccettivi orali svolgano un ruolo nello sviluppo o nella progressio-

ne dell'iperplasia nodulare focale. Inoltre, nelle donne con diagnosi di iperplasia nodulare focale si suggerisce di non sospendere i farmaci estroprogestinici poiché tali farmaci non hanno dimostrato di avere un ruolo nello sviluppo e nell'evoluzione di tale lesione.

Riassumendo quindi, la diagnosi di iperplasia nodulare al fegato non deve destare preoccupazione, vista la natura benigna e il decorso asintomatico di tali lesioni. È comunque sempre importante confrontarsi con il proprio Medico Curante per condividere l'iter diagnostico e di sorveglianza più adeguato in base alla propria situazione clinica.

Linea guida: "Lesioni benigne epatiche 2022: linea guida multisocietaria per la pratica clinica"

I nuovi farmaci per l'obesità e le malattie croniche di fegato



Negli ultimi anni la ricerca medica ha fatto un passo importante nella cura dell'obesità e delle sue complicanze, introducendo farmaci innovativi che agiscono su meccanismi biologici molto precisi. Tra questi, i più promettenti sono gli agonisti del recettore del GLP-1 (GLP-1 RA) e i farmaci "di nuova generazione" che combinano più azioni metaboliche, come ad esempio tirzepatide o survodutide.

Questi medicinali non sono nati per aiutare a dimagrire: inizialmente sono stati sviluppati per trattare il diabete di tipo 2. Il GLP-1 è un ormone prodotto dall'intestino che stimola la secrezione di insulina dopo i pasti, riduce la fame e rallenta lo svuotamento dello stomaco. In pratica, aiuta a controllare la glicemia e a mangiare meno. Con il tempo si è osservato che i pazienti trattati con questi farmaci per il diabete perdevano peso in modo significativo. Da qui è nata la loro applicazione anche nel trattamento dell'obesità, oggi riconosciuta come una vera malattia cronica.

L'obesità è strettamente collegata alle malattie croniche del fegato, in particolare alla MASLD (Malattia Epatica Steatosica Associata a Disfunzione Metabolica), conosciuta in passato come "fegato grasso". Questa condizione può evolvere in infiammazione (MASH), fibrosi e, nei casi più gravi, cirrosi. I nuovi farmaci per l'obesità stanno mostrando risultati molto interessanti proprio su queste patologie epatiche. Semaglutide, uno dei GLP-1 RA più noti, è già stato approvato negli Stati Uniti dalla FDA per il trattamento della MASLD, segnando un passaggio storico: per la prima volta un farmaco nato per il diabete diventa una terapia mirata per una malattia del fegato. Anche altri farmaci sono in fase avanzata di studio. Tirzepatide (che agisce su GLP-1 e GIP) e survodutide (GLP-1 e glucagone) hanno mostrato risultati molto positivi negli studi clinici di fase 1-2, con riduzione del grasso epatico e miglioramento dei parametri metabolici. Survodutide è stato studiato anche in pazienti con cirrosi, un dato particolarmente rilevante perché in questi casi le opzioni terapeutiche sono ancora molto limitate. Dati osser-

vazionali nella popolazione generale indicano che i pazienti con diabete e cirrosi trattati con GLP-1 RA hanno un rischio minore di scompenso epatico rispetto a chi non li assume. Questo suggerisce che tali farmaci potrebbero non solo migliorare il metabolismo e il peso, ma anche ridurre complicanze severe della malattia epatica. Se i risultati degli studi in corso verranno confermati, questi farmaci potrebbero diventare strumenti centrali non solo per curare la MASLD, ma per cambiare la storia naturale della malattia epatica metabolica.

È importante sottolineare che questi farmaci non sono "miracolosi", ma devono essere associati a modifiche dello stile di vita (dieta, attività fisica) e devono essere prescritti e monitorati dal medico, tuttavia, rappresentano una delle innovazioni più importanti degli ultimi decenni nella gestione dell'obesità e potenzialmente delle malattie croniche del fegato.

Salvatore Piano

Professore
Associato di
Medicina Interna
Università
di Padova



Come già abbiamo osservato in questa rubrica, il tema della “responsabilità professionale” si pone certamente “dalla parte del medico”, ma va considerato anche “dalla parte del paziente” in quanto nella relazione medico/paziente rientra pure l’“educazione sanitaria”, nella quale si colloca anche la spiegazione dei criteri di valutazione della responsabilità del proprio medico.

Due sono i termini oggi particolarmente attuali sui quali intendo soffermarmi in questo e nei prossimi contributi: uno giornalistico (“Scudo penale”), l’altro tecnico (“colpa grave”).

La scorsa estate (4 settembre 2025) il Governo ha approvato una legge delega “in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”. Oltre ad altre previsioni (in particolare, relative alle competenze e alla formazione professionale e specialistica, anche in medicina generale, e alle competenze degli Ordini professionali), è subito apparso di particolare interesse quanto riguar-

da (artt.7 e 8) il tema della responsabilità professionale. Immediati e sostanzialmente positivi sono risultati i commenti delle associazioni e sindacati dei medici, nonché della Fnomceo. Ma su un punto, non già contenuto nel testo ma della “traduzione giornalistica” dell’art.7, sono state avanzate obiezioni e riserve ed è quello che la stampa ha chiamato “**Scudo penale**”. Non si tratta di un termine nuovo: è già stato utilizzato, ad esempio, in ambito sanitario in relazione alla pandemia da Covid. Viene inteso come una garanzia di impunità in relazione a situazioni o professioni caratterizzate da rischi particolari che espongono a condotte la cui responsabilità è difficile o impossibile riconoscere.

Nel caso che qui interessa vediamo come si esprime l’art. 7, modificando e integrando l’art. 590 del **Codice penale**. Rispettivamente:

“Il sanitario che commette reati di lesioni o omicidio colposo nell’esercizio della propria attività è punibile solo per colpa grave a condizione che abbia seguito linee guida accreditate o buone pratiche clinico-assistenziali adeguate al caso concreto.

E: “Nell’accertamento della colpa o del suo grado si tiene conto della scarsità delle risorse umane e materiali disponibili nonché delle eventuali carenze organizzative, quando la scarsità e le carenze non sono evitabili da parte dell’esercente l’attività sanitaria, della mancanza, limitatezza o contraddittorietà delle conoscenze scientifiche sulla patologia o sulla terapia, della concreta disponibilità di terapie adeguate, della complessità della patologia o della concreta difficoltà sanitaria, dello specifico ruolo svolto in caso di cooperazione multidisciplinare nonché della presenza di situazioni di urgenza o emergenza”.

In tema di responsabilità dei professionisti sanitari il riferimento alla “**colpa grave**” era già contenuto nell’art.2236 del **Codice Civile** (“Responsabilità del prestatore d’opera”) e la sua considerazione rientra abitualmente nell’esperienza peritale.

In attesa della approvazione del disegno di legge e della adozione, da parte del Governo, dei previsti (entro il 31 dicembre di quest’anno...) decreti legislativi, riprenderemo questo tema nel prossimo contributo.

Pillola importuna

21 XI 2025.

Al bar *Da Diego* in via Forcellini Giorgio si inoltra nel tormentone che l'amico Marcello ha vissuto con Franco in via Rogati nel 1972: «Due notti dopo appena rientro Franco mi blocca: «Devo parlarti.» «Lascia perdere, sono stanco morto.» «Ti stendi un attimo sul mio letto.» «Un'altra volta.» «Ho chiuso a chiave la porta.» «Se proprio... la sfondo.» «Cinque minuti solo...» Arretro e lo fisso: «La abbatto o chiamo la vecchia? Scegli.» Mogio, prende la chiave e la infila nella toppa.

Vedo rabbia nei suoi occhi sgranati. «Chissà che canchero lo rode» penso. E invece di aprire, mi sdraio sul letto: «Ti ascolto.» E lui, subito: «Sai perché sono qui?» «Ingegneria?» «Ma se non ho neanche il diploma!» «Anche il precedente inquilino lavorava e basta.» «Beato lui! Io, invece, mando soldi a casa come se lavorassi; mia madre crede che studi.» Lo sbircio di sottocchi: «I soldi dove li prendi?» Franco sospira: «Per adesso ci pensa mia cugina.» «Per adesso?» «Stanza pagata fino a luglio.» «E poi? Sposi un'ereditiera, o smetti di mangiare?» «Sì, e di bere.. Ricordi quando iniziano gli

esami?» «La sessione estiva, a giugno. Qualche prof anche a maggio.» «Non gli universitari, la maturità. Primo luglio: italiano scritto.» «Per fare quelli, devi andare a scuola.» «A scuola mi hanno bocciato. Però l'Assunta -mia madre- mi crede iscritto ai corsi serali di ingegneria: «Così di giorno lavoro -le ho detto; anzi manderò a casa qualche soldo».»

«Se ti hanno iscritto a ingegneria non hai più bisogno di maturità... E poi, soldi a casa... State così male?» «Macché... Come tanti. Appartamento, 1300 Fiat, lavoro. Non ci manca niente.» «E allora?» «Come posso spiegartelo, se non mi ascolti mai? Io tento dal primo giorno...» Fingo di levarmi, irritato: «Fai pure la vittima? Rientro intriso di nebbia con sei ore di lavoro sul groppo e dovrei stare a sentire scempiaggini?!» «Uffa! Non capisci. Ogni volta che viene qualcuno da te io sprofondo nel terrore.» «Perché?» «Perché mi fissa e ti chiede: «Il nuovo inquilino? Studia o lavora?» E tu: «Franco studia ingegneria» Ma io, ingegneria, nemmeno so dov'è; e piuttosto che rifare la figura di ieri con Bianca, salto in canale. Ha parlato, un'ora, di analisi; e

io con cenni e smorfie assentivo a cose mai sentite nominare.»

«D'accordo, niente università. Ma fingere di lavorare e... mandare a casa soldi! Prendendoli dove poi? Sempre la munifica cugina?» «Già. I soldi fanno credere all'Assunta che di giorno lavoro e la sera studio; il contrario di quanto fai tu.» «E perché tua madre deve credere che studi?» «Te lo ripeto: m'hanno bocciato, all'esame di maturità.» «E insisti! I bocciati non s'iscrivono all'università!» «Ma a lei ho detto ch'ero promosso.» «Cosa?!» Sobbalzo incredulo. «Non l'avevi capito?» fa lui, sorpreso dalla mia reazione. Ora, però, sono troppo incuriosito dal broglio..»

«Io invece devo tornare in farmacia; continuerai domani» dice Marcello e prende il libretto...
(continua)

La valutazione della fibrosi epatica, dalla biopsia alla elastografia transiente



L'attuale conoscenza delle malattie del fegato e della valutazione della fibrosi epatica è il risultato di oltre un secolo di progressi scientifici. Alla fine dell'Ottocento il medico e biologo tedesco Paul Ehrlich, premio Nobel nel 1908, fu tra i primi a introdurre l'uso dei coloranti per osservare le cellule al microscopio, aprendo la strada allo studio della struttura microscopica dei tessuti e degli organi (istologia) a scopo diagnostico. Grazie a lui, divenne possibile distinguere i tessuti e comprenderne le alterazioni nei diversi organi, compreso il fegato. Questa scoperta costituì la base, anni dopo, per l'idea stessa della biopsia epatica. Le prime biopsie del fegato (prelievo di un piccolo frammento di tessuto con ago principalmente attraverso la cute) risalgono agli anni Venti del Novecento e inizialmente erano procedure rischiose. Con il progresso della tecnologia e l'introduzione di aghi più sottili, la tecnica divenne più sicura e standardizzata. Negli anni Cinquanta e Sessanta, l'esame istologico del tessuto epatico permise di classificare la gravità della fibrosi e di distinguere i diversi tipi di epatite cronica. Per decenni, la biopsia epatica è stata considerata il "gold standard" per la valutazione della fibrosi: un piccolo fram-

mento di tessuto osservato al microscopio permetteva di comprendere l'entità del danno.

Tuttavia, si tratta di una procedura invasiva, con un rischio, seppur basso, di complicanze e un certo disagio per il paziente. Inoltre, poiché analizza solo una minima parte del fegato, può incorrere in errori di campionamento: il campione potrebbe non essere rappresentativo del grado reale della malattia.

Negli anni Novanta la ricerca medica ha avviato una nuova rivoluzione: lo sviluppo di strumenti non invasivi per misurare la fibrosi. Da queste ricerche nacque in Francia l'elastografia transiente, ideata da Jean-Luc Gennisson, Mathias Fink e Mickaël Tanter presso l'ESPCI- Paris (École supérieure de physique et de chimie industrielles de la ville de Paris), con il contributo decisivo del fisico e ingegnere Laurent Sandrin, che ne realizzò l'applicazione clinica e lo sviluppo commerciale con il nome di FibroScan®. Questa tecnologia unisce principi dell'ecografia e della fisica dei materiali: una sonda invia onde elastiche nel tessuto epatico e misura la loro velocità, parametro proporzionale alla rigidità del fegato e rappresentativo dell'entità della fibrosi.

Dalla sua introduzione nei primi anni 2000, l'elastografia ha dimostrato elevata affidabilità e riproducibilità in moltissime epatopatie, dall'epatite virale

alla steatosi epatica non alcolica. Nell'ultimo decennio sono comparsi ulteriori tipi di elastografia, come l'elastografia bidimensionale a onde di taglio (2D-SWE) e la risonanza magnetica elastografica (MR-Elastography), capaci di valutare la rigidità del fegato con maggiore dettaglio spaziale e di esplorare porzioni più ampie dell'organo.

Nonostante i suoi vantaggi, anche questa metodica ha limiti: i risultati possono essere influenzati da infiammazione acuta, congestione venosa, obesità o steatosi importanti. In questi casi, la biopsia rimane l'unico strumento capace di fornire informazioni più accurate.

L'evoluzione dalla biopsia all'elastografia segna dunque un traguardo fondamentale della medicina moderna: un percorso che parte dagli studi istologici di Ehrlich e arriva alle tecnologie digitali di Fink e Sandrin, sempre più precise, non invasive e rispettose del paziente.

Riferimenti bibliografici essenziali

- Menghini G. One-second needle biopsy of the liver. *Gastroenterology*. 1958 Feb;35:190-9.
- Sandrin L, Fourquet B, Hasquenoph JM, Yon S, Fournier C, Mal F, Christidis C, Ziol M, Poulet B, Kazemi F, Beaugrand M, Palau R. Transient elastography: a new noninvasive method for assessment of hepatic fibrosis. *Ultrasound Med Biol*. 2003 Dec 29; 1705-13.

Antonietta Romano

Dirigente Medico e Specialista in Medicina Interna
Dottore di ricerca in Scienze Epatologiche e Trapiantologiche
Clinica Medica 5
Università di Padova

Introduzione

La progressiva digitalizzazione della società ha interessato in modo significativo anche il settore sanitario, modificando non solo gli strumenti e i processi di cura, ma anche il ruolo stesso del paziente. In questo contesto si afferma la figura del *paziente digitale*, espressione che indica un soggetto maggiormente informato, connesso, abituato a servizi on-demand e coinvolto attivamente nella gestione della propria salute. Il paziente digitale richiede quindi un sistema sanitario in grado di rispondere prontamente alle sue aspettative proprio come quelle che quotidianamente sono soddisfatte da altri brands come Amazon, Zalando, Netflix o altri. L'analisi di tale figura consente di comprendere come le tecnologie digitali stiano contribuendo a ridefinire il rapporto tra cittadini e professionisti sanitari sia nei processi di cura sia nella ricerca biomedica.

Evoluzione del modello medico-paziente

Tradizionalmente, la relazione medico-paziente si è fondata su un modello di tipo paternalistico, caratterizzato da una netta asimmetria informativa. Il medico deteneva il sapere scientifico e il potere decisionale, mentre il paziente assumeva un ruolo prevalentemente passivo,

limitato all'adesione alle indicazioni terapeutiche ricevute. Spesso, dopo una prima visita specialistica, il paziente si trovava solo e disorientato mentre la continuità del percorso di cura necessita di un sistema che guidi il paziente anche attraverso le fasi successive, fornendo informazioni chiare su terapie, esami di follow-up e prevenzione. L'accesso diffuso alle tecnologie digitali ha progressivamente incrinato questo schema. Internet, i dispositivi mobili e le piattaforme sanitarie online hanno reso disponibili informazioni un tempo inaccessibili, favorendo una maggiore autonomia decisionale e gestionale da parte del paziente e lo sviluppo di nuove forme di interazione con i professionisti sanitari. Ne deriva una trasformazione verso un modello più partecipativo, in cui il paziente è chiamato a collaborare consapevolmente e attivamente nel processo di cura.

Definizione e caratteristiche del paziente digitale

Il paziente digitale può essere definito come un individuo che utilizza strumenti tecnologici per acquisire informazioni sanitarie, monitorare il proprio stato di salute e interagire con il sistema sanitario. Le sue principali caratteristiche sono le seguenti:

- un **elevato livello di accesso alle informazioni sanitarie**, attraverso fonti online di varia natura.
- una **relazione più continua con i professionisti sanitari nel campo sia della cura sia della ricerca scientifica**, mediata da strumenti digitali di comunicazione.
- una crescente **auto-gestione della salute**, supportata da applicazioni e dispositivi di monitoraggio.

La maggior parte dei pazienti legge recensioni online prima di scegliere una struttura ed effettua ricerche approfondite su diversi motori di ricerca o su diverse piattaforme prima di prenotare una visita. I pazienti vogliono accedere facilmente ad informazioni chiare su costi, tempi e competenze. Nel rapporto con i professionisti sanitari i pazienti vogliono avere a disposizione più opzioni di comunicazione digitale tali da garantire una completa informazione sulle opzioni di cura o sui protocolli di ricerca scientifica. Tutti questi elementi contribuiscono a ridefinire il concetto stesso di paziente, che assume un ruolo più attivo, responsabile e partecipato. Queste stesse considerazioni possono essere allargate ai caregivers il cui ruolo è talmente critico ed essenziale che meriterebbe una disamina dedicata.

Tecnologie digitali e centralità del paziente

La medicina digitale mette a disposizione numerosi strumenti orientati alla centralità del paziente. La telemedicina, ad esempio, consente l'erogazione di prestazioni sanitarie a distanza, favorendo l'accesso alle cure e la continuità assistenziale. I sistemi di monitoraggio remoto "Internet of Things" (IoT), o più semplicemente il telemonitoraggio, utilizzano dispositivi mobili certificati indossabili per misurare parametri vitali e non (frequenza cardiaca, pressione, saturazione, glicemia, ECG ed altri) o applicazioni capaci di monitorare a distanza parametri ancora più sofisticati quali le capacità cognitive e trasmetterli in tempo reale mediante un computer o uno smartphone a piattaforme in cloud controllate da professionisti sanitari, promuovendo l'aderenza terapeutica e favorendo strategie di prevenzione. Nell'ambito della medicina digitale, particolare rilievo ha assunto il fascicolo sanitario elettronico, che raccoglie e organizza la documentazione clinica del paziente in formato digitale. Tale strumento favorisce una visione integrata del percorso di cura e contribuisce a migliorare la comunicazione tra i diversi attori del sistema sanitario.

Benefici della digitalizzazione per il paziente

L'affermazione del paziente digitale comporta diversi vantaggi. In primo luogo,

aumenta il livello della sua consapevolezza e partecipazione in materia di salute, elementi cruciali per la prevenzione e per l'adozione di comportamenti virtuosi. Un paziente ben informato e ben seguito tende a partecipare più attivamente alle cure e ad aderire con più precisione e costanza alle indicazioni terapeutiche. Il rapporto medico-paziente, se correttamente mediato dalla tecnologia, può evolvere verso una relazione più collaborativa e basata sulla condivisione delle decisioni. Un paziente informato tende a partecipare con maggiore consapevolezza alla definizione di protocolli di ricerca clinica "patient-centered" garantendone una maggiore efficienza nella fase di arruolamento e assicurandone una maggiore aderenza nella fase di svolgimento. Inoltre, la digitalizzazione può migliorare l'efficienza dei sistemi sanitari sia riducendo tempi di attesa sia evitando frammentazioni o duplicazione dei processi di cura.

Criticità e questioni aperte

Accanto alle opportunità, emergono anche importanti criticità. Una delle principali riguarda la qualità delle informazioni disponibili online. La diffusione di contenuti non scientificamente validati può generare disinformazione, confusione e comportamenti inappropriati. In questo senso, il ruolo del professionista sanitario come mediatore e in-

terprete delle conoscenze scientifiche rimane imprescindibile. Un'ulteriore problematica è rappresentata dal divario digitale, che rischia di escludere alcune fasce della popolazione, in particolare anziani e soggetti socialmente vulnerabili. La sanità digitale deve pertanto essere progettata secondo criteri di rispetto, equità, tempestività ed inclusione. Infine, assumono rilievo le questioni etiche e giuridiche legate alla protezione dei dati personali, poiché le informazioni sanitarie richiedono elevati standard di sicurezza e riservatezza.

Conclusioni

Il paziente digitale rappresenta un elemento chiave della trasformazione in atto nella medicina contemporanea. L'integrazione delle tecnologie digitali favorisce una maggiore partecipazione del cittadino alla gestione della propria salute, contribuendo a un modello di cura più centrato sulla persona. Tuttavia, affinché tale modello risulti efficace e sostenibile, è necessario mantenere un equilibrio tra innovazione tecnologica, competenza professionale e attenzione agli aspetti etici e sociali. La medicina non può più prescindere dalla dimensione digitale, ma deve continuare a fondarsi sulla relazione umana, sulla fiducia e sulla responsabilità condivise tra medico e paziente.



LA FONDAZIONE: CHI, COME, DOVE

Organigramma

Presidente
Prof. PAOLO ANGELI

Vice presidente
MICHELE FORIN

Consiglieri
Prof. ANGELO GATTA
Prof. SALVATORE PIANO
Dott. RICCARDO BOETTO

Collegio dei Revisori dei Conti
Dott. MORENO BOVO Presidente
Dott. CARLUCCIO SANTACROCE
Dott. GIOVANNI SALMERI

Contatti

Sede e Segreteria
via Martiri Giuliani e Dalmati, 2/A
35129 - Padova
tel. 049/8070099 r.a.
fax 049/8071034
info@hepatos.org

Comitato Scientifico
presso uffici Fondazione L.F.H.O.
Via M.G.Dalmati 2/A - Padova

SE VUOI RICEVERE
GRATIS IL GIORNALINO
TELEFONA al numero 049/8070099

**Per contribuire
alle nostre attività:**

**Fondazione Lionello Forin
Hepatos Onlus:**

**Bonifico Bancario
presso Banca Intesa San Paolo
filiale Albignasego (Pd)
IBAN: IT90 D030 6962 3441 0000 0000 437**

**Conto Corrente Postale
IBAN IT 38 G 07601 12100 85228369**


Per anticipazioni, curiosità ed altre informazioni o per un contatto più diretto con la Fondazione è disponibile il nostro sito internet

www.hepatos.org

Seguici su:

 Fondazione Lionello Forin Hepatos

 @Fond_Hepatos

 @fondazionehepatos

"HEPATOS A TUTTO FEGATO"

Periodico della Fondazione L.F.H.O.
Sede e Segreteria:
Via Martiri Giuliani e Dalmati 2A
35129 Padova

Direttore Responsabile:
Angelo Gatta

Comitato di Redazione:
Paolo Angeli - Michele Forin
Patrizia Forin - Patrizia Pontisso

Hanno collaborato:
P. Angeli - G. Bacilieri
P. Benciolini - P. Forin
C. G. Gambino - A. Gatta
A. Martini - S. Piano - A. Romano

Autorizzazione del Tribunale di
Padova n. 2096 del 23.07.2007
Poste Italiane S.p.a. - Spedizione
in Abbonamento Postale - D.L.
353/2003 (conv. in L. 27/2/2004
n. 46)
art. 1, comma 2 e 3, CNS PD

Progetto Grafico e stampa:
Fratelli Zampieron - Padova