

39° Congresso Nazionale SIMG

Abstract

La diagnosi e il trattamento dell'osteoporosi durante la pandemia

M. Abbinante, T. Mastronuzzi, M. Elefante

INTRODUZIONE: La pandemia da SARS-CoV-2 ha causato una brusca interruzione di numerosi servizi, molti dei quali coinvolti nella prevenzione delle malattie croniche. Le cause sono molteplici e legate sia alla necessità di attuare misure di distanziamento sia al bisogno di dirottare il personale medico nei servizi dedicati alla gestione dell'emergenza. Tra i servizi che potrebbero aver subito una interruzione c'è la densitometria, un esame di primo livello necessario per identificare i pazienti con osteopenia o con osteoporosi da avviare al trattamento. Si stima che in Italia l'osteoporosi colpisca circa 5.000.000 di persone, di cui l'80% sono donne in post menopausa e solo 1 donna affetta da osteoporosi su 2 sa di esserlo. Fra le conseguenze c'è il rischio di osservare un aumento delle fratture per osteoporosi nei prossimi anni con associato aumento della fragilità e dei costi a essa associati. Una review del 2021 ha evidenziato l'effettiva riduzione dei servizi di screening e del trattamento dell'osteoporosi a causa della pandemia (Hampson G, et al. *Diagnosis and Management of Osteoporosis During COVID-19: Systematic Review and Practical Guidance*).

OBIETTIVO: Studio pilota per valutare l'impatto della pandemia sulla diagnosi e il trattamento dell'osteoporosi in un gruppo di medici di famiglia della provincia di Bari

MATERIALI E METODI: Dal software gestionale di 2 medici della ASL Bari (tot. 3113 pazienti) sono stati estratti i dati su numero di prescrizioni di densitometria e di farmaci usati per contrastare osteoporosi dal 2018 al 2022 per un totale di 52 mesi. Si è scelto di individuare due intervalli: pre-COVID da gennaio 2018 a febbraio 2020 e post-COVID da marzo 2020 a aprile 2022 e confrontare questi periodi.

Sono stati calcolati il numero totale di densitometrie richieste, il numero totale di prescrizioni, le medie e i delta delle medie tra periodo pre e post COVID.

RISULTATI: I risultati sono riassunti nella Tabella I e nella Figura 1.

DISCUSSIONE: I primi dati osservati, limitati alla popolazione di 3113 pazienti, mostrano come durante la pandemia le prescrizioni di densitometrie non si siano ridotte ma sono lievemente aumentate (+0,9). Chiaramente non è stato verificato quante di queste prescrizioni siano state effettivamente erogate, ma certamente l'attenzione dei medici di famiglia alla patologia non

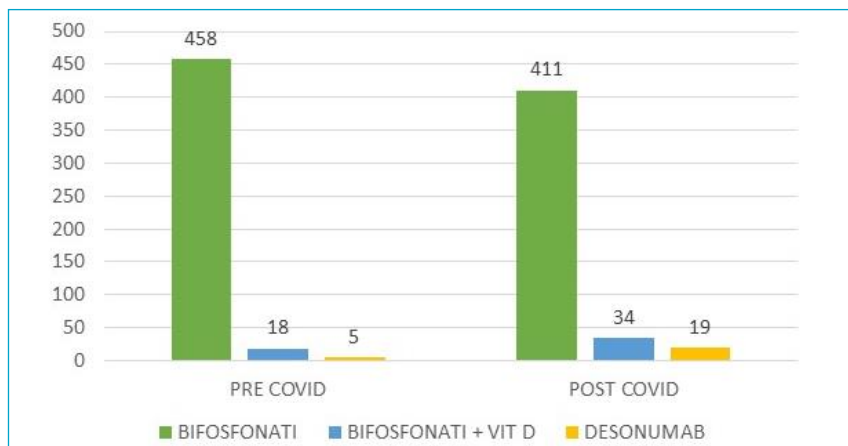
sembra essere stato modificato dalla pandemia. Osservando le prescrizioni farmacologiche invece, emerge una lieve riduzione (delta assoluto: -1,3). Andando a distinguere le 3 principali classi durante la pandemia si registra un aumento della prescrizione delle associazioni (bifosfonati + vitamina D) e del desonumab.

Si tratta di uno studio limitato per numero di pazienti e che andrebbe arricchito di informazioni e dati. Tuttavia sembra andare controcorrente con quanto osservato dalle revisioni sistematiche della letteratura in merito agli effetti della pandemia su diagnosi e trattamento dell'osteoporosi.

TABELLA I.

DENSITOMETRIE			
	N assoluto	Media	Delta assoluto
PRE COVID	175	6,7	
POST COVID	198	7,6	+ 0,9
PRESCRIZIONI FARMACI PER TRATTAMENTO OSTEOPOROSI			
	N assoluto	Media	Delta assoluto
PRE COVID	492	18,9	
POST COVID	459	17,6	-1,3

FIGURA 1.



How to cite this article: 39° Congresso Nazionale SIMG - Abstract. Rivista SIMG 2022;29(5):5-30.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Se dovesse essere confermato da ulteriori valutazioni, sarebbe ulteriore riprova dell'efficace presa in carico del paziente cronico da parte della medicina di famiglia.

HCV e SARS-CoV-2 “pandemie convergenti”: opportunità per il raggiungimento dell'obiettivo eliminazione HCV

Rocco Alba¹, Mariangela Balassi², Gaetano Piccinocchi³, Giuseppina Tommasielli³, Gerardo Nardone¹

¹ Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Gastroenterologia, Università Federico II di Napoli;

² Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, ASL Napoli 1 Centro; ³ SIMG Napoli

INTRODUZIONE: L'emergenza della pandemia da coronavirus SARS-CoV-2 ha portato a una significativa pressione sui sistemi sanitari nazionali costringendo a riallocare la maggior parte delle risorse e del personale sanitario verso la cura dei pazienti infetti e impattando sulla gestione dei pazienti con altre patologie, come quelli con infezione da HCV. Infatti, a fronte degli oltre 200.000 pazienti con HCV trattati in Italia a partire dal 2017 fino all'emergenza del SARS-CoV-2, soltanto 15.000 nuovi pazienti hanno avuto accesso alla terapia nel corso del 2020. Considerando che a oggi, in Italia, esistono ancora più di 280.000 persone infette da HCV non diagnosticate, se non si interviene per contrastare la riduzione di accesso alla terapia, l'obiettivo dell'OMS di eradicare l'HCV entro il 2030 sarà definitivamente compromesso. Nonostante gli effetti negativi della pandemia da SARS-CoV-2 sulla gestione dei pazienti cronici, questa condizione ha rappresentato però un'opportunità unica per promuovere e in alcuni casi perfezionare l'utilizzo della telemedicina.

L'obiettivo di questo studio è stato quello di potenziare il linkage-to care dei pazienti con infezione da HCV facilitando l'accesso diretto alla struttura specialistica dall'ambulatorio di medicina generale mediante l'ausilio di piattaforme di telemedicina.

MATERIALI E METODI: Attraverso incontri con i coordinatori delle cooperative di medici di medicina generale (MMG) si è stabilito di potenziare lo screening dei pazienti infetti da HCV mediante specifiche queries sottoposte ai database delle singole cooperative. In particolare, si sono individuati tutti coloro che rispondevano ai seguenti criteri: a) età ≥ 55 anni; b) HCV-Ab e/o HCV-RNA positività già nota; c) piastrinopenia (PLT $< 150.000/\text{mm}^3$); ipertransaminasemia

(ALT > 50 UI/l). Di ognuno è stato verificato se fosse naïve alla terapia per HCV e per coloro che risultava tali si è disegnato un percorso pre-terapia e programmato l'accesso agli ambulatori della Gastroenterologia della AOU Federico II di Napoli.

RISULTATI: Hanno aderito al progetto 3 cooperative di MMG: COMEGEN (190.000 assistiti), LEONARDO (60.000 assistiti) e VESEVO (100.000 assistiti) rappresentative di un territorio della regione Campania che comprende più di 5.000.000 di abitanti. I risultati preliminari riguardano quello che è stato prodotto in collaborazione con la COMEGEN. Sono stati individuati 153 pazienti con HCV-Ab o HCV-RNA positivo già noto (età media $70,9 \pm 12$, M 84 (56%) di cui 122 (80%) naïve alla terapia antivirale, 265 pazienti con piastrinopenia (età media $70,1 \pm 11$, M 166 (63%) di cui 239 (90%) naïve alla terapia antivirale. Di questi 44 pazienti, 32 nel primo gruppo e 12 nel secondo, avevano una documentazione di infezione attiva (HCV-RNA positività) e sono stati avviati alla terapia. Sono infine stati individuati 1997 pazienti con ipertransaminasemia in corso di valutazione.

CONCLUSIONI: Il modello di approccio proposto ha consentito di effettuare uno screening per HCV efficace in una fascia di età esclusa dallo screening istituzionale e contemporaneamente ha permesso di facilitare il linkage-to-care dei pazienti affetti snellendo il percorso burocratico di accesso alla struttura specialistica.

Presa in carico nutrizionale del paziente oncologico in cure palliative domiciliari: presentazione di un case report

Marta Alliod

INTRODUZIONE: Alimentarsi, che per la maggior parte di noi è un gesto naturale e piacevole, può diventare nella malattia tanto difficile e sgradevole da causare uno stato di malnutrizione che determina limitazioni funzionali gravi. È fondamentale quindi non sottovalutare la presa in carico dell'aspetto nutrizionale nel paziente oncologico non solo in ambito ospedaliero, ma anche al domicilio, e considerarla alla pari delle cure mirate o della terapia antalgica.

MATERIALI E METODI: da novembre 2021 ad aprile 2022 nel corso delle 150 ore di tirocinio da me effettuato presso il Dipartimento di Cure Palliative del DSS13 dell'Asl 3 Genovese, nell'ambito del Corso di Formazione in Medicina Generale, ho analizzato la presa in carico nutrizionale di un paziente (S.D.) sottoposto a gastrectomia totale per k gastrico. Dopo un'accurata revisione della letteratura scientifica recente

inerente ai meccanismi patogenetici della malnutrizione nel paziente oncologico, l'obiettivo era quello di indagare la presenza di una continuità assistenziale dal punto di vista nutrizionale nel delicato passaggio ospedale-territorio.

RISULTATI: Dopo una riferita perdita di 18 kg in 6 mesi, a giugno 2020, momento del ricovero che ha condotto alla diagnosi di adenocarcinoma gastrico, il peso di SD era di 63 kg. In questa occasione è stata fatta una prima consulenza dietetica. Il paziente è stato pesato a ogni visita oncologica. Il 17/05/21 in occasione del ricovero per gastrectomia totale il peso era costante ed è stato sottoposto a una seconda consulenza nutrizionale. Non ho rinvenuto né documentazione né testimonianze dirette inerenti a ulteriori consulenze dietetiche fino a ottobre 2021, quando, nell'ambito di un accesso ambulatoriale per la prescrizione semestrale dell'ONS che assumeva cronicamente, il paziente aveva raggiunto un peso di 53 kg. In questa occasione è stato urgentemente avviato il follow-up dietetico e iniziata l'NP a domicilio con attivazione delle Cure Palliative domiciliari. Il signor S.D., dopo la gastrectomia totale, non è stato più rivalutato dal punto di vista nutrizionale per i 6 mesi successivi con un conseguente calo ponderale di 10 kg (circa il 21% del peso di partenza) in 6 mesi.

CONCLUSIONI: Alla luce dei risultati ottenuti è fondamentale, in primo luogo, considerare di primaria importanza, oltre la terapia farmacologica, anche la presa in carico nutrizionale del paziente oncologico che rientra a domicilio. In secondo luogo, è necessario potenziare la collaborazione tra le varie figure professionali (ospedaliere e territoriali), programmando un follow-up dietetico e coinvolgendo precocemente nel percorso di cura le figure territoriali di riferimento come il medico di medicina generale e l'équipe delle cure palliative domiciliari.

Tutto questo è di primaria importanza al fine di garantire una continuità assistenziale nutrizionale ottimale, tenendo a mente che nel caso di un paziente oncologico complesso come S.D. l'attesa di vita possa essere primariamente condizionata da uno stato di malnutrizione.

Apertura di un ambulatorio dedicato ai disturbi del sonno nella UCCP di Montereale, L'Aquila, ASL 201 Abruzzo

S. Arcadio¹, F. Ponzì¹, C. Petrocco², B. Bruno¹

¹ SIMG L'Aquila; ² Psicologa

I disturbi del sonno rappresentano un problema spesso poco conosciuto, sottodiagnosticato e

mal trattato, nonostante si stimi che 1 adulto su 4 ne sia affetto. Il mancato riconoscimento e trattamento dell'insonnia causano importanti ripercussioni mediche e sociali: aumento degli incidenti stradali; maggiore frequenza di patologie concomitanti; maggior utilizzo delle risorse sanitarie; maggior numero di giorni di malattia; riduzione della qualità della vita. È più frequente nelle persone anziane, nei turnisti e nelle donne. Tra il 2000 e 2003, gli studi Morfeo 1 e 2, condotti dalla SIMG, hanno dimostrato che l'insonnia è estremamente comune nella popolazione delle cure primarie, il 76% degli assistiti, con sintomi durante il giorno nel 57% dei casi: stanchezza, riduzione della memoria e della concentrazione, irritabilità etc. Tuttavia, la stragrande maggioranza di questi non ha mai riferito di soffrire di insonnia, nonostante l'alta frequentazione negli ambulatori del medico di medicina generale (MMG) né ha richiesto alcun trattamento. Infine, da una analisi dei dati Health Search del 2006 risulta che una diagnosi di insonnia sia presente nelle cartelle cliniche soltanto nel 4,35%. La sottostima è legata: a) al comportamento del P. che spesso preferisce affrontare da solo il problema; b) al fatto che troppe volte un problema anche riconosciuto dal MMG non viene codificato nella cartella clinica; c) al sintomo insonnia che ha un'alta prevalenza, 30-40%, ma che non soddisfa i criteri diagnostici, mentre il disturbo insonnia che invece ne soddisfa i criteri si ritrova nel 5-10% della popolazione adulta. Tutto ciò premesso, abbiamo analizzato i dati relativi a una popolazione di circa 5000 abitanti, over 20 anni, che afferiscono alla UCCP di Montereale, un paese nel Parco Nazionale del Gran Sasso, L'Aquila. Il problema "insonnia", 780.52 codice ICD-9-CM, è presente nel 5,5%, 273 P, età media 67 anni, 55% dei quali over 65 anni. Abbiamo confrontato questi P con un gruppo di riferimento creato da Mille Utilità di 324 assistiti di pari età. Gli accessi in ambulatorio dei P affetti da insonnia sono 4 volte superiori, così come la spesa per farmaci, +311% e quella per accertamenti, +315%. La popolazione insonne ha evidenziato una maggiore frequenza di patologie concomitanti come: GERD, ipovitaminosi D, depressione e deficit cognitivo; anche se la differenza è statisticamente significativa soltanto per la GERD, $p < 0,001$. Il 99% dei P ha assunto almeno una volta un farmaco: 39,5% ipnotici, 60% benzodiazepine, 23% entrambi. Il 68% assume regolarmente un antidepressivo, SSRI. Il problema "insonnia" necessita di una maggiore attenzione nella Medicina Generale: trattamento personalizzato che scoraggi l'autogestione della terapia farmacologica; diagnosi delle malattie concomitanti che possono influenzare/essere influenzate dall'insonnia; seguire nel tempo il P

con l'ausilio di un supporto psicologico. Per questo, grazie alla disponibilità del Distretto e della ASL di L'Aquila, abbiamo attivato un ambulatorio dedicato presso la nostra UCCP che si avvale della professionalità di un MMG del gruppo e di uno psicologo.

AmO BPCO: l'esperienza della Casa della Salute di Borgaretto (Torino)

Francesco Badiali¹, Martina Biscarini², Enrico d'Alessandro³, Angelica Salvadori⁴

¹ Medico di Medicina Generale; ² Infermiera Casa della Salute; ³ Coordinatore Casa della Salute;

⁴ Medico di Medicina Generale, Casa della Salute

INTRODUZIONE: Il PNC (Piano Nazionale Cronicità), nel 2016, introduce la BPCO (Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva) tra le dieci patologie croniche, indicando gli atti di programmazione specifici. La Regione Piemonte, quindi l'ASLTO3, nel 2017 elabora un PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale), condiviso con la Casa della Salute, che istituisce un AmO (Ambulatorio Orientato) BPCO. Il PNRR (Piano Nazionale Ripresa e Resilienza), approvato nel 2021, rinforza la progettualità del PNC, riformando la sanità territoriale con la presa in carico della cronicità. Infine, sempre nel 2021, l'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) emana la nota 99, che dispone l'abolizione dei Piani Terapeutici. A oggi, è condiviso con la nostra ASL un nuovo PSDTA (Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico Assistenziale), con l'obiettivo di gestire anche la prevenzione e non solo la presa in carico nella fase conclamata della malattia. La Casa della Salute intende promuovere quattro elementi fondamentali: la consapevolezza della patologia, i suoi fattori di rischio e il valore dello stile di vita nella popolazione (*empowerment* del paziente); la gestione nel setting della Medicina Generale al fine di ridurre le riacutizzazioni e ricoveri ospedalieri; l'aderenza terapeutica e riabilitativa; l'integrazione multiprofessionale.

MATERIALE E METODI: La Casa della Salute ha istituito un AmO BPCO, coinvolgendo tutte le figure professionali competenti. La sede dell'ambulatorio, dedicato alle sole attività di medicina di iniziativa, è al piano terreno, con accesso e sala di attesa indipendente, presente un monitor di 42 pollici che riproduce video di promozione alla salute e stili di vita. È utilizzato un database dall'utility di Millewin dei 6 medici di medicina generale (MMG) operanti presso la sede di Borgaretto, con criteri di ricerca: età over 50, almeno 3 registrazione in terapia con il codice ATC "R03" (farmaci respiratori). Presente

sempre, nel corso della visita, l'infermiere, che svolge la visita infermieristica, utilizzando la piattaforma informatica regionale ECWmed (registrazione anagrafica, raccolta anamnestica, promozione stile di vita e self-management, compilazione questionari CAT (*COPD Assessment Test*) e mMRC (*modified Medical Research Council*). Inoltre esegue la spirometria, con spirometro Minispir della Mir, con turbine e boccagli monouso, oltre relativo software Winspiro Light. Al paziente si rilascia copia cartacea con esito della visita e programma di follow-up, calendarizzato a 2 anni. La sospetta diagnosi di BPCO in pazienti sintomatici deve essere confermata con un valore di FEV1/FVC dopo broncodilatazione $< 70\%$ che, se confermato, autorizza il MMG alla prescrizione della terapia inalatoria, seguendo le raccomandazioni delle linee guida GOLD. La presa in carico della Casa della Salute è limitata ai pazienti con stadio GOLD 1-lieve (VEMS $> 80\%$ del predetto) e GOLD 2-moderato $50\% < \text{VEMS} < 80\%$; i pazienti con stadio GOLD 3-grave e 4-molto grave vengono inviati allo pneumologo. Al termine della valutazione clinico spirometrica si prospettano tre scenari: La diagnosi di BPCO non è confermata, quindi rivalutazione sull'appropriatezza prescrittiva, correzione dei fattori di rischio comportamentali, inclusa l'abolizione del fumo, lo svolgimento di regolare attività fisica, il corretto riposo notturno e la dieta bilanciata.

La diagnosi di BPCO è confermata (stadio GOLD 1 e 2): rinforzo stile di vita, tutoraggio sull'uso corretto dell'inalatore, self-management (imparare a gestire da soli la dispnea, imparare tecniche di conservazione dell'energia e di controllo dello stress), rivalutazione della terapia secondo lo schema A,B,C e D.

La diagnosi di BPCO è confermata (stadio GOLD 3 e 4) grave e molto grave: condivisione del caso con la Pneumologia di riferimento AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano, che mette a disposizione degli slot in una agenda dedicata prenotabile direttamente dall'infermiere, su circuito informatico ASL. Secondo la classificazione "A, B, C e D" sono state inserite per ognuno dei quattro scenari due molecole di farmaco, selezionati per compliance del paziente e criteri di farmacoeconomia. In collaborazione con gli specialisti del reparto di Pneumologia del San Luigi si è organizzato un canale di contatto atto a dare supporto per quanto riguarda sia l'interpretazione di eventuali spirometrie dubbie sia per quanto concerne l'effettiva destinazione specialistica dei pazienti più gravi o per i quali non sia risultata dirimente la spirometria semplice.

RISULTATI: Sono selezionati n° 469 assistiti. È programmata una calendarizzazione settimanale, con tempo dedicato di 45 minuti a paziente,

per un totale di 4 pazienti per seduta ambulatoriale; i primi arruolamenti degli assistiti in carico alla Casa della Salute sono avvenuti nel 2018, come disposto dal PDTA regionale, con una media di sei arruolamenti per medico. Terminato il periodo pandemico, dal mese di settembre 2021, si è ripresa l'attività, alla luce dell'emana-zione della nota 99 AIFA.

Fino a fine marzo 2022 sono state eseguite un totale di 52 spirometrie con broncodilatazione.

CONCLUSIONI: In previsione di rendere strutturale un ambulatorio di questo tipo, pensiamo possa portare grande beneficio l'applicazione degli interventi contenuti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) volti a migliorare la copertura e l'attività della medicina territoriale specialmente per quanto riguarda le patologie croniche, come appunto la BPCO da noi trattata.

L'utilizzo degli antibiotici in epoca COVID-19

Tamara Baltatescu

Partiamo con la premessa che gli antibiotici sono medicinali che agiscono sui batteri e non sui virus e quindi non servono per contrastarli. E, anche se prescritti in grande parte per le infezioni respiratorie comunitarie in generale, risulta evidente che sarebbe un fatto molto importante fare una selezione dei pazienti da trattare con ATB, ai fini di un uso appropriato e delle conseguenze in termini di diffusione delle resistenze, effetti collaterali e costi.

Negli ultimi anni il consumo complessivo, pubblico e privato, di antibiotici in Italia è il più elevato delle altre categorie farmacologiche; circa 4 cittadini su 10 hanno ricevuto prima della pandemia una prescrizione del farmaco.

Il medico di medicina generale (MMG) assume un ruolo fondamentale con un duplice compito: quello di essere costantemente aggiornato tramite lo studio delle linee guida sull'appropriatezza prescrittiva della giusta terapia antibiotica in relazione alla clinica e altri criteri di scelta e quello di essere a tutti effetti un educatore sanitario dei propri assistiti.

I dati delle ultime indagini mettono in luce che la maggior parte degli italiani condivide informazioni corrette sulle caratteristiche essenziali degli ATB e sulle modalità più corrette di utilizzo (fatta eccezione per anziani e persone con bassa scolarità).

L'antibioticoresistenza (AMR) – incapacità di un ATB di inibire la replicazione di un agente patogeno – rappresenta una delle principali problematiche di salute pubblica a livello globale. E anche se con il COVID il consumo di antibiotici

è calato del 18,2% rispetto al 2019, dall'altra parte si è determinato un ricorso inappropriato agli antibiotici, soprattutto in ambito ospedaliero, con un fenomeno di AMR in drastica accelerazione.

L'alta prevalenza dell'utilizzo dei macrolidi, farmaci attivi anche su infezioni respiratorie atipiche, osservata in Europa, pare giustificata dall'ipotesi di un effetto sinergico anti SARS-CoV-2 mediato dalla loro azione anti-infiammatoria e immuno-modulatoria; ma questo fatto non giustifica in nessun modo il loro utilizzo nel paziente COVID, eccetto nei casi con sovrainfezioni batteriche.

In una revisione dei dati e meta-analisi sulla prescrizione dei antibiotici in pazienti con COVID-19, con raccolta dei dati in letteratura inglese dal 01/01/19-19/06/20, si è scoperto che quasi tre quarti dei pazienti nel mondo hanno ricevuto una terapia antibiotica, anche se i tassi di co-infezione batterica sono stati stimati tra 6,1-8%. Anche i dati raccolti in USCA sui pazienti presi in carico e seguiti alla fine dell'2021 confermano l'uso eccessivo dei ATB per curare i pazienti con COVID, nonostante si conosca la natura virale dell'infezione. Del gruppo totale delle persone seguite, circa il 47% ha ricevuto un antibiotico (spesso per prescrizione del MMG); il maggior utilizzo era dell'azitromicina, seguita da augmentin. Si è verificato una maggiore prescrizione degli ATB alle persone NON vaccinate per COVID. Nei ultimi mesi, con l'arrivo della variante Omicron, si è dimostrato minor utilizzo degli ATB, in quanto questa variante appare meno aggressivo nell'infettare le vie aeree inferiori.

In conclusione, usare gli ATB con attenzione e prudenza deve essere un impegno e un dovere per tutti, dai professionisti sanitari alla popolazione generale. Essa costituisce la principale arma di contrasto della AMR, che rappresenta, come il COVID-19, una delle principali sfide a livello globale, sia per la Sanità, che per l'ecosistema in generale.

Le malattie infiammatorie intestinali (MICI) in un distretto della provincia di cuneo: cosa è cambiato vent'anni dopo?

Luciano Bertolusso, Angela Garrone, Riccardo Vanni, Davide Ribaldone, Marco Astegiano

INTRODUZIONE: Abbiamo svolto uno studio epidemiologico sulle malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) nel distretto sanitario di Bra (Asl CN2) nel periodo 2016-luglio 2022: lo stesso ambito era già stato esaminato in uno studio

analogo nel 2001-2006, e quindi abbiamo inteso confrontare i dati di questa popolazione dopo quasi vent'anni.

MATERIALI E METODI: Sono stati coinvolti nella ricerca i medici di medicina generale (MMG) operanti sul territorio, un centro di primo livello (Ospedale Michele e Pietro Ferrero di Verduno) e un centro di secondo livello (Città della Salute e della Scienza di Torino, Molinette) entrambi con ambulatori dedicati alle MICI. Sono stati anche indagati altri aspetti: metodica della diagnosi iniziale, localizzazione di malattia, incidenza di neoplasie, ospedalizzazioni e interventi chirurgici per MICI, terapia farmacologica e infine il rapporto tra MMG e MICI.

RISULTATI: Sono stati reclutati 186 pazienti: 81 affetti da rettocolite ulcerosa (RCU), 70 da malattia di Crohn (MC), 24 da MICI non meglio definita (senza una diagnosi certa per MC o RCU); per 11 pazienti i dati sono incompleti.

La prevalenza delle MICI (al 31-12-2021) era di 321,2 (su 100.000 abitanti): per MC era di 121,5, per RCU di 138,9, per le MICI non meglio definite di 40; i dati sono mancanti per 19,1.

L'incidenza media nell'arco temporale 2016-2021 per le MICI è stata di 18 per 100.000 abitanti/anno: 6,7 per la MC, 6,4 per la RCU e 5,2 per le MICI non meglio definite.

Rispetto al 2001-2006 nel distretto esaminato è avvenuto un netto aumento. La prevalenza ha avuto un incremento del 46%: per la MC del 76%, per la RCU del 15% e per le MICI non meglio definite del 39%. L'incidenza delle MICI ha avuto un incremento del 169%: della MC del 121% e della RCU del 73%.

Il rapporto MC/RCU è di 1:1,2. Il rapporto maschi/femmine è di 1,2:1.

L'età media alla diagnosi è di 42 anni per le MICI, di 35 per la MC, di 40 per la RCU e di 50 per la MICI non meglio definita.

La metodica diagnostica prevalente nel raggiungimento della prima diagnosi è l'endoscopia che ha posto la diagnosi iniziale nel 95,4% dei pazienti (nel 91% dei casi da sola, nel 9% con l'intervento chirurgico e l'analisi istologica o l'imaging). Solo nello 0,6% l'imaging da sola ha permesso la diagnosi iniziale.

La principale localizzazione di malattia si accorda con i dati della letteratura. Nel 13% dei casi è avvenuta un'estensione di malattia durante il follow-up.

Sono comparse nuove neoplasie dopo la diagnosi di MICI nell'8,6% dei pazienti. Il 4,6% ha sviluppato una neoplasia dell'apparato digerente (nessun paziente con MC ha avuto un adenocarcinoma intestinale, il 6% dei pazienti con RCU ha avuto un polipo del colon e 1 paziente con MICI non meglio definita un carcinoma del pancreas). Il 5,7% degli affetti da MC e il 3,7% degli affetti da RCU ha

sviluppati neoplasie extra-gastrointestinali (utero, cute, mammella, laringe, vescica e prostata).

Il 30,9% dei pazienti con MICI è stato ricoverato durante la malattia. Il 42,9% degli affetti da MC da 1 a 3 volte, il 21% degli affetti da RCU e il 29,1% degli affetti da MICI non meglio definita almeno 1 volta. Il 10,8% degli affetti da MICI ha subito almeno un intervento chirurgico, (il 58% entro i primi 5 anni). Il 24,3% dei pazienti con MC ha subito almeno un intervento chirurgico, mentre solo l'1,2% degli affetti da RCU.

Quasi tutti i pazienti hanno o hanno avuto terapia con aminosalicilati e/o corticosteroidi.

Il 16,6% dei pazienti è o è stato in terapia immunosoppressiva (azatiopirina e metotrexato).

Il 19,4% dei pazienti ha avuto nel corso della malattia una terapia biologica/piccole molecole (adalimumab e infliximab).

Il 9,7% dei pazienti affetti da MICI non era in terapia farmacologica all'ultima visita del follow-up.

Dei 186 pazienti reclutati nello studio, 109 (58,6%) provengono dai database dei MMG. In media ogni MMG ha 2,8 pazienti affetti da MICI.

Il 67,9% dei pazienti con MICI sono seguiti nel follow-up dai propri MMG: il 7,3% in modo esclusivo, il restante 92,7% in associazione con un centro di 1° e/o 2° livello. Il 32,1% dei pazienti sono seguiti esclusivamente da un centro di 1° o 2° livello.

CONCLUSIONI: Questo studio conferma i dati della letteratura internazionale sull'aumento di incidenza e prevalenza di MICI nella popolazione generale, forse legata anche da un'accresciuta sensibilità dei MMG riguardo alle MICI, visto che la maggioranza dei pazienti è seguita in modo prevalente dai MMG. I dati dello studio sono in accordo con i dati della letteratura per ciò che riguarda anche l'incidenza di neoplasie, la necessità di ricoveri e di interventi chirurgici e gli schemi di trattamento farmacologico. La sorveglianza per la prevenzione delle neoplasie nei pazienti con MICI si è dimostrata efficace.

Malattia reumatica e il territorio di Imola: il punto di vista del medico di medicina generale

Monia Betti, Beatrice Marani,
Gabriele Tarterini, Shirley Ehrlich

INTRODUZIONE: Le malattie reumatiche stanno aggredendo il lavoro quotidiano del medico di medicina generale (MMG): secondo l'OMS, nel continente europeo costituiscono la prima causa di dolore nonché metà delle patologie croniche che possono indurre disabilità. La loro prevalenza è in crescita in Italia, con conseguente aumento dei costi sanitari diretti e indiretti. Dai

dati dal primo censimento ufficiale in 150 AUSL, promosso dall'AMRER, emerge che i pazienti esentati sono 371.586, lo 0,6% della popolazione italiana. Il 68% è donna e oltre la metà del campione è in età lavorativa (45-65 anni). Secondo l'Indagine Multiscopo Istat 2010, l'artrite/artrosi colpisce il 17,3% della popolazione. Questi numeri confermano l'aumento di prevalenza delle principali malattie reumatiche in entrambi i sessi, maggiore nelle donne (22,1%) rispetto agli uomini (12,1%).

L'obiettivo di quest'audit è analizzare i dati di un campione di 20 MMG dell'Ausl di Imola per comprendere quanto questi si riflettano nel nostro territorio, calcolarne la prevalenza e come quest'ultima sia gestita nella cartella clinica Millewin, evidenziarne correlazioni con fattori di rischio, terapie croniche prescritte, prevalenza delle singole patologie e associazioni intra/extra-reumatologiche.

MATERIALI E METODI: È stata costruita una query tramite il programma Milleutilità di Millewin nella quale sono stati inseriti 100 criteri di estrazione comprendenti: caratteristiche della popolazione (sesso, data di nascita, età, BMI, fumo); patologie reumatologiche classificate tramite i codici ICD 9; esenzioni correlate; confronto con le esenzioni complessive dell'Ausl di Imola; valutazione delle terapie croniche (anche biologiche); patologie a carattere immunitario o autoimmune extra-reumatiche. Come periodo temporale è stato scelto l'anno solare 2021 allo scopo di limitare la potenziale interferenza di terapie utilizzate nelle prime fasi della pandemia COVID-19. I dati sono stati anonimizzati, trattati secondo le vigenti normative privacy e analizzati secondo statistica di base per uno studio audit prospettico di prevalenza tramite programma Excel.

RISULTATI: Popolazione esaminata: 31761 pazienti (15412 maschi, 16349 femmine), di cui 1574 (5%) con verosimile patologia reumatologica (516 maschi, 1058 femmine, quindi in rapporto M:F 1:2).

Il picco di prevalenza si colloca nella fascia di età 50-80 (61% della popolazione femminile indagata).

La registrazione del fumo era presente nel 14% delle cartelle, in particolare nel 28% della sottopopolazione indagata; il BMI invece nell'8% delle cartelle, 15% della sottopopolazione. Non si è riscontrata una correlazione statistica con le patologie reumatiche.

La prevalenza delle patologie reumatiche nella nostra sottopopolazione è la seguente: ICD9 710 gruppo delle Malattie diffuse del tessuto connettivo 9% della popolazione indagata (148 casi, 128 F-20 M) la più rappresentata è la sindrome di Sjogren 3% (47 casi, 44 F-3 M); ICD9 714 Artrite reumatoide e altre poliartropatie infiammatorie

13% (200 casi, 142 F-58 M), con preponderante l'artrite reumatoide 12% (186 casi, 132 F-54 M); ICD9 720 Spondilite anchilosante e altre spondilopatie infiammatorie 6% (89 casi, 56 F-33 M) preponderante è la spondilite anchilosante 4% (56 casi, 36 F-20 M); ICD9 729.0 Fibromialgia 14% (213, 195 F-18 M), ICD9 725.0 Polimialgia reumatica 4% (70 casi, 49 F-21 M); ICD9 729.1 Mialgia 5% (82 casi, 49 F-33 M) e ICD9 696.0 Artrite psoriasica 9% (135, 92 F-43 M).

Circa 2% della sottopopolazione presentava associazioni tra più patologie reumatiche nel macrogruppo ICD9 710, tra le restanti patologie le associazioni erano presenti nel 18.1% delle F e 15.5% M. Un piccolo sottoinsieme di pazienti (35 casi, 31 F-4 M) presentava associazioni tra i ICD9 710 e le altre patologie reumatiche.

La prevalenza di patologie extrareumatiche è: 60 pazienti con tiroidite, 1 diabete tipo 1, 8 celiachia, 9 morbo di Crohn, 4 RCU.

Nel raffronto tra patologie ed esenzioni: di 148 pazienti affetti da malattia del connettivo 10 avevano esenzioni per artrite reumatoide, 27 per lupus, 38 per Sjogren; su 200 con artrite reumatoide, in 131 corrispondeva esenzione e diagnosi; di 135 pazienti con artrite psoriasica in 114 presentavano corrispondenza; su 89 pazienti con spondilite solo in 49 corrispondono.

Per i pazienti con artrite psoriasica la non corrispondenza è presente in 40 casi, verosimilmente presentano solo manifestazioni cutanee.

Nel confronto tra il numero totale di esenzione nell'Ausl di Imola e la popolazione indagata la percentuale rimanga costante.

Nelle prescrizioni farmacologiche l'idrossiclorochina risulta il farmaco con maggior corrispondenza tra prescrizione e diagnosi (100%); i glucocorticoidi (in particolare metilprednisone e prednisone) nella sottopopolazione sono i più prescritti; nella popolazione complessiva i fans sono i farmaci con più prescrizioni croniche, ma corrispondenti al 13% delle diagnosi.

CONCLUSIONI: La prevalenza delle patologie da noi indagate corrisponde sia in termini di sesso, di età che di esenzioni ai dati nazionali. Abbiamo constatato come persista tra i MMG una non completa compilazione della cartella clinica. Nel nostro sottogruppo l'utilizzo di farmaci quali FANS e glucocorticoidi risultava in percentuale maggiore negli uomini rispetto alle donne, in controtendenza ai dati riportati nel rapporto OsMed 2021.

Abstract

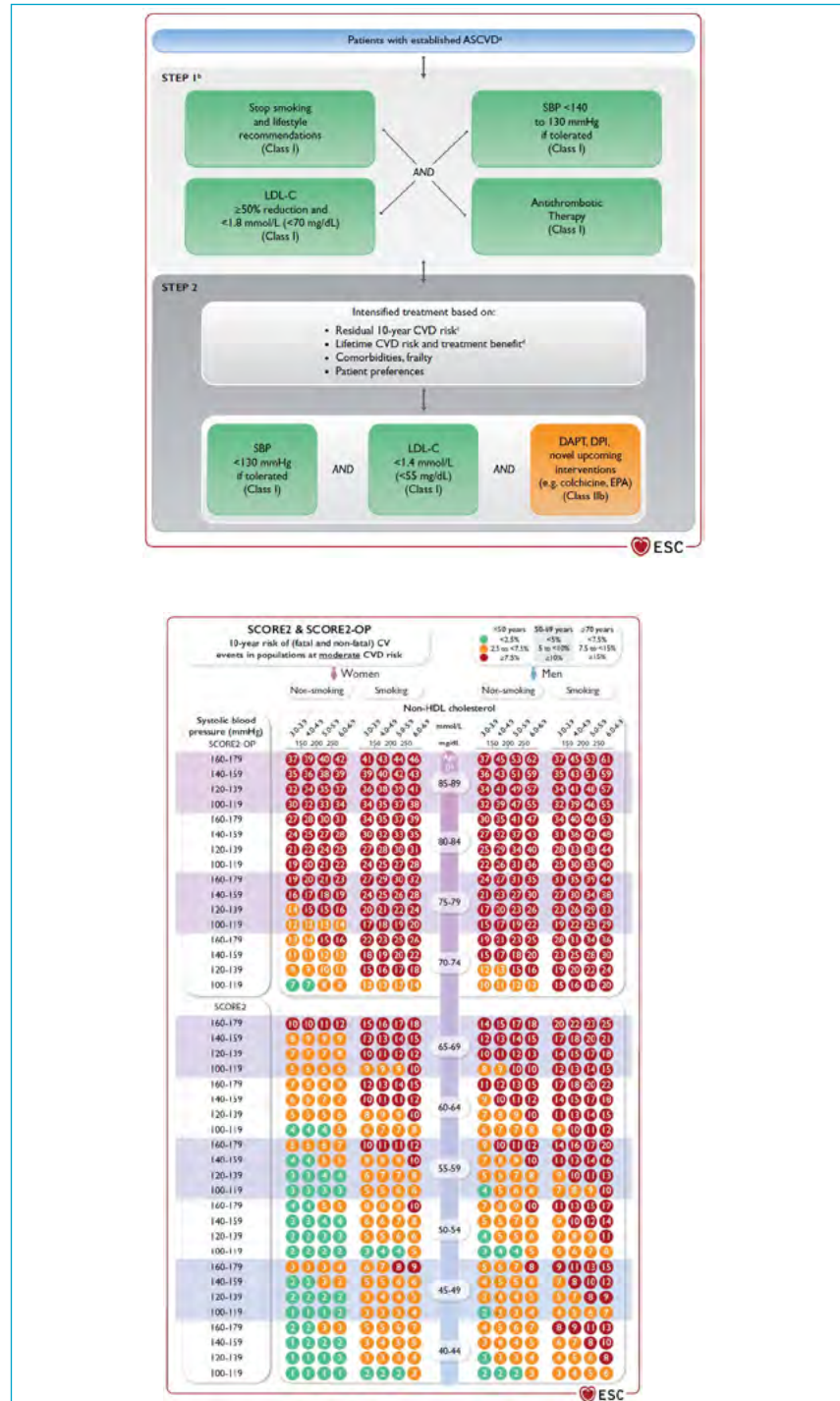
Michela Boccato

INTRODUZIONE: Le arteriopatie sono patologie frequenti ma sottodiagnosticate. Le prevalenze

umentano con l'età [20% a 80 anni per l'arteriopatia degli arti inferiori (AOAI), 12,5% nei maschi con età 75-84 anni per l'aneurisma dell'Aorta Addominale (AAA), 45% dai 55 anni per le placche carotidee]. Non sempre viene effettuata una diagnosi precoce e pertanto si manifestano tramite IMA, ictus o rottura dell'aneurisma. I fattori di rischio sono l'invecchiamento, il diabete, il fumo, l'ipertensione e la dislipidemia. Le terapie a disposizione comprendono modifiche degli stili di vita, la terapia medica e chirurgica. Gli strumenti di diagnosi comprendono l'anamnesi, l'esame obiettivo, la misurazione dell'indice caviglia braccio (ABI) e lo studio ecodoppler (ECD). Attualmente, grazie all'evoluzione delle tecnologie, negli studi di Medicina Generale è possibile misurare l'indice caviglia-braccio ed effettuare valutazioni ecografiche POCUS (*Point of Care Ultrasound*). Attualmente non esiste un "curriculum" delle indagini ecografiche effettuabili in Medicina Generale. Uno studio Scandinavo ha indagato gli ambiti in cui la POCUS viene utilizzata dai medici di medicina generale (MMG): nell'ambito vascolare la valutazione dell'aneurisma dell'Aorta addominale ha un consensus dell'85%, la diagnosi di trombosi venosa dell'83% e l'arteriopatia carotidea di circa il 30%. Per quanto riguarda la misurazione dell'indice caviglia braccio (ABI), considerando misurazioni effettuate da operatori non esperti, l'ABI misurato con metodo oscillometrico è più accurato di quello misurato con doppler portatile. Lo scopo dello studio è di valutare la capacità di intercettazione dei pazienti affetti da Arteriopatie periferiche nello studio del MMG introducendo quegli strumenti di screening a basso costo che sono risultati efficaci nella letteratura. La finalità è quella di classificare più accuratamente il rischio cardiovascolare per offrire la migliore terapia medica per controllare la progressione delle patologie, prevenirne le complicanze e ridurre la mortalità.

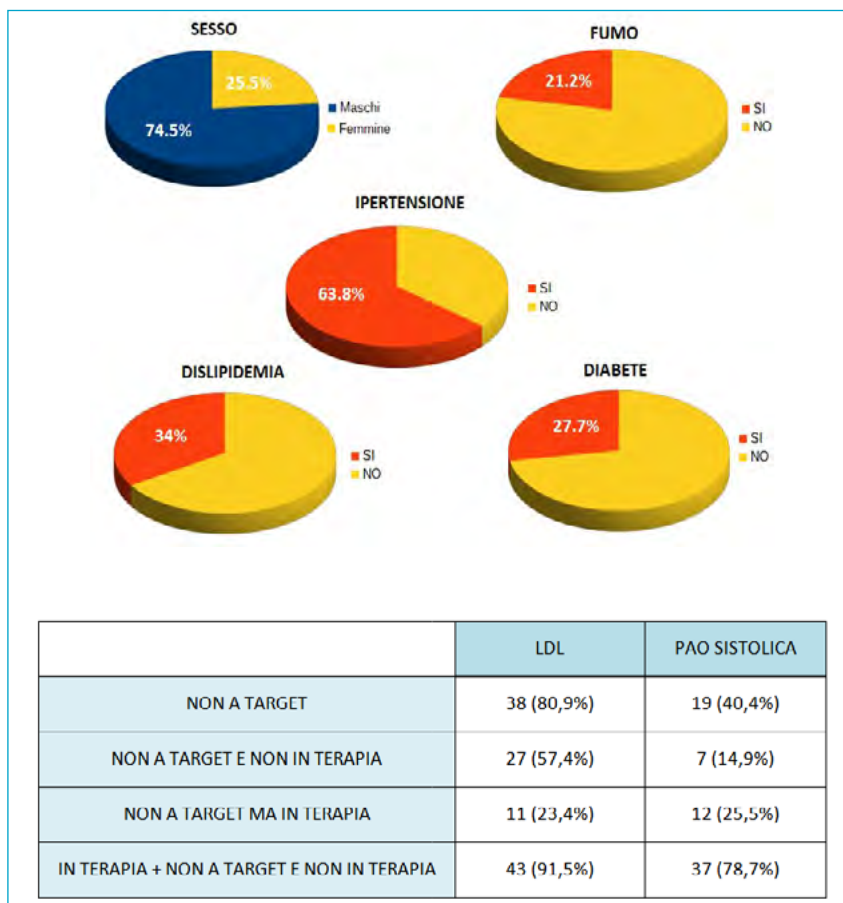
MATERIALI E METODI: Lo studio è stato condotto nei mesi di maggio, giugno e luglio 2022. Sono stati arruolati pazienti che sono afferiti di propria iniziativa allo studio medico, che avessero almeno 40 anni, almeno un fattore di rischio cardiovascolare e che acconsentissero all'effettuazione di uno studio POCUS e alla misurazione dell'ABI. Sono stati esclusi i pazienti che avessero già un pregresso evento cardiovascolare o cerebrovascolare acuto (IMA/ICTUS) e/o con nota arteriopatia.

Lo studio effettuato è uno studio *cross-sectional*, ideato per valutare la prevalenza di pazienti che presentavano un'arteriopatia carotidea o AAA mediante indagine di screening POCUS o AOAI mediante misurazione dell'ABI. La misurazione dell'ABI è stata effettuata mediante, un misurato-



re automatico basato su meccanismo oscillometrico. La POCUS è stata effettuata con ecografo portatile con sonda convex di 3,5 MHz/5 MHz e della sonda lineare di 7,5 MHz/10 MHz. I dati numerici sono stati espressi come media. I dati categoriali sono stati espressi come frequenza assoluta e relativa (percentuale). I dati sono stati riportati mediante tabelle e grafici.

RISULTATI: A 17 (36,2%) pazienti è stata riscontrata l'arteriopatia carotidea, tra questi a uno è stato diagnosticato l'AAA e uno è risultato positivo alla misurazione dell'ABI. I pazienti sono stati per il 74,5% maschi e 24,5% femmine, con età media di 64 anni. Tra i fattori rischio: il 21% è fumatore, il 27,7% è diabetico, il 64% è iperteso in terapia, il 34%



dislipidemico in terapia. I pazienti con pressione sistolica non a target per la classe di rischio sono 19 (40,42%), di cui non in terapia 7 (14,9%), dunque gli ipertesi effettivi sono il 78,7% del campione. I pazienti con LDL non a target per la classe di rischio sono 38 (80,90%), di cui non in terapia 27 (57,5%), dunque i dislipidemici effettivi sono il 91,5% del campione.

I valori medi degli indici metabolici sono: glicemia 97,9 mg/dL, emoglobina glicata 49,7 mmol/mol (su 12 pazienti in cui è stata determinata), colesterolo totale 209,1 mg/dL, colesterolo HDL 55,7 mg/dL, colesterolo LDL 126,2 mg/dL, trigliceridi 130,3 mg/dL. La pressione arteriosa sistolica media è 133,2 mmHg, quella diastolica 81,2 mmHg.

Tra pazienti con arteriopatia, quelli che hanno avuto una rideterminazione, peggiorativa, della classe di rischio cardiovascolare sono stati 12 (70,6%).

CONCLUSIONI: Le arteriopatie sono patologie sottodiagnosticate. La corretta classificazione del rischio cardiovascolare necessita di valutazioni che vanno oltre il solo esame obiettivo e la valutazione degli esami ematochimici, ma necessitano di indagini strumentali che posso-

no essere effettuate nel contesto della Medicina Generale, tramite metodiche ormai accessibili dal punto di vista dei costi, ma che necessitano comunque di un investimento dal punto di vista del tempo. L'indicazione a effettuare ulteriori indagini coinvolge solo una minoranza dei pazienti con conseguente riduzione delle valutazioni specialistiche.

Pertanto un investimento sostenibile, ma strutturato, permetterebbe alla Medicina Generale di migliorare sensibilmente la qualità della prevenzione cardiovascolare.

Progetto PREDIAMEG nel distretto sanitario di L'Aquila

B. Bruno, M. Belmonte, V. Albano, F. Ponzi
SIMG L'Aquila

Il diabete mellito tipo 2 (DM2) è la vera pandemia del 2000: la prevalenza nel mondo è di 1 persona su 11 e il 50% dei diabetici non sa di esserlo. Compito della Medicina Generale nel PDTA recentemente approvato dalla Regione Abruzzo è quello di prevenire l'insorgenza del DM2 modificando gli stili di vita dei soggetti a

rischio. Abbiamo somministrato il questionario "Findrisk", validato per il riconoscimento del P. a rischio di DM2, in base alla presenza o meno di fattori di rischio modificabili e non, a 1200 soggetti, di età compresa tra 45 e 64 anni, che hanno frequentato i nostri ambulatori nei primi 5 giorni del mese di febbraio 2022. Il test calcola un rischio di DM2 a 10 anni pari al 20% per un punteggio inferiore a 10; al 33% per un punteggio tra 11 e 15 e al 50% per un punteggio superiore a 15. Il 72% aveva un rischio del 20%; il 21% del 33% e il 7% del 50%. I P. a maggior rischio aumentano con l'età, 1/5 degli over 64; la % dei fattori modificabili con un corretto stile di vita è significativamente più alta nei P. giovani con un punteggio inferiore a 15; mentre nei P. a più alto rischio i fattori non modificabili, età e familiarità, rappresentano oltre il 20%. I dati raccolti, dimostrano che la Medicina Generale, con l'ausilio di semplici e veloci strumenti diagnostici, può intercettare i soggetti a rischio di DM2 e tentare di ridurre/cancellare tale rischio condividendo con loro la scelta di uno stile di vita corretto, soprattutto nei giovani: medicina di iniziativa.

La demenza: una sfida per la Medicina Generale

B. Bruno¹, F. Ponzi¹, P. Sucapane²

¹ SIMG L'Aquila; ² Clinica Neurologica
H. San Salvatore, L'Aquila

Con l'invecchiamento della popolazione, "baby-boomer population", aumentano gli anziani più fragili, soli e affetti da demenza. La prevalenza è aumentata drammaticamente e correla con l'età. In Italia, dati Health Serch, è del 2,8%, con valori che aumentano fino al 20-30% nei P. over 80 anni. La diagnosi precoce è fondamentale sia per un intervento, farmacologico e non, che potrebbe prolungare l'autonomia della persona, sia per riconoscere le demenze trattabili e reversibili. Purtroppo la diagnosi spesso viene ritardata perché i sintomi vengono sottovalutati, sia dal P. che dal familiare, attribuiti al normale invecchiamento, o perché il P. rifiuta gli accertamenti consigliati. Inoltre, la mancanza di linee guida dedicate per la Medicina Generale e la scarsa fiducia nei trattamenti farmacologici attualmente disponibili contribuiscono al ritardo della diagnosi. La figura del medico di medicina generale (MMG), come in tutte le patologie croniche, riveste un ruolo fondamentale per la diagnosi di demenza: una attenta anamnesi con l'aiuto dei familiari, l'utilizzo di test rapidi per la valutazione cognitiva, alcuni esami ematochimici (emocromo, TSH, elettroliti, B12, folati, glicemia e cre-

atinina), e accertamenti per escludere patologie sistemiche: ECG, TC o RM encefalo e Rx Torace. L'ipoacusia, la cecità, l'ipotiroidismo, la carenza di B12 e la depressione possono dare sintomi simili alla demenza. Alla luce di queste osservazioni, abbiamo analizzato i dati della nostra UCCP di Montereale che assiste circa 5000 cittadini in una zona rurale e particolarmente disagiata della provincia di L'Aquila. La prevalenza della demenza (o meglio delle demenze) è del 3,1%, in linea con i dati di HS. Una visita geriatrica o neurologica era presente nel 48% nelle nostre cartelle; analisi ematochimiche nel 13.7%; un esame TAC o RM encefalo nel 16%. Infine, erano in terapia con anticolinesterasi il 14% e con memantina il 13%. Purtroppo sono dati sconfortanti, ma soltanto quando li tiriamo fuori dal database ci accorgiamo di come stiamo lavorando e, quindi, volendo, modificare il nostro atteggiamento: medicina di iniziativa. Quando abbiamo condiviso questi dati con lo specialista neurologo ci siamo impegnati a fare degli incontri di aggiornamento con i MMG e con la popolazione per migliorare la sensibilità al problema. Lo screening della popolazione a rischio con una diagnosi precoce deve essere il nostro obiettivo: a) un intervento farmacologico/sociale può dare i suoi frutti soltanto nella fase iniziale della malattia; b) la riduzione dell'alto costo sociale, economico e assistenziale.

P.I.P.A. un progetto per minori migranti

L. Cacciottella¹, J. Osterero², C. Bellando³

¹ MMG To4; ² NutriAID; ³ PLS To4, Presidente NutriAID

CONTESTO/BACKGROUND: La Val di Susa è da sempre un naturale corridoio di collegamento tra l'Italia e la Francia ed è diventata luogo di transito per migliaia di migranti, che tentano di valicare il confine alpino. In alta valle confluiscono flussi provenienti dalle rotte mediterranea e balcanica e si concentrano i gruppi di migranti che, sempre più spesso, la polizia transalpina intercetta nel tentativo di attraversare il confine e respinge in Italia. Dal 2020 si è assistito a un importante incremento dei transiti, con passaggi per il territorio valsusino di 12.000 migranti nel 2021, di cui 1.300 minori con 300 di questi non accompagnati (il dato non include i passaggi di migranti non registrati). Contestualmente, la composizione dei flussi migratori è cambiata radicalmente, passando da una situazione di giovani adulti maschi a raggruppamenti familiari, spesso numerosi, con bambini e donne in gravidanza, nonché da numerosi MSNA (minori stranieri non accompagnati).

A Oulx esiste il Rifugio Fraternalità Massi, principale struttura ricettiva della valle dove – in sinergia tra loro – diverse organizzazioni cooperano per accogliere i migranti prima del tentativo di attraversare il confine o dopo, in caso di respingimento.

Considerate le carenze dell'assistenza sanitaria, che al momento non prevede la figura di un pediatra e il costante aumento di minori non accompagnati, nonché le caratteristiche climatiche e igienico-sanitarie (migranti esposti a rigide temperature e con scarso accesso ad acqua e servizi), è emersa la necessità di fornire assistenza sanitaria ai minori presenti nella valle. Obiettivo del progetto è assicurare uno dei diritti fondamentali dell'individuo – quello alla salute – ai minori migranti che transitano sul territorio della Val di Susa, non solo fornendo assistenza nella fase acuta di malattia (patologie infettive, respiratorie e dermatologiche in primis), ma anche effettuando i controlli routinari sulla regolare crescita e sviluppo di bambini e adolescenti, che spesso i minori non hanno ricevuto nel Paese di origine o in quelli di transito.

MATERIALI E METODI: Dal mese di ottobre 2021 tra Bussoleno e Oulx è stato attivato il progetto P.I.P.A. (Pronto Intervento Pediatrico nelle Alpi), con l'obiettivo di garantire uno sportello di assistenza pediatrica attivo 7 giorni su 7, realizzato grazie alla disponibilità di alcuni pediatri e da medici di medicina generale (MMG) volontari, che offrono la loro reperibilità in base alle necessità.

Il progetto è stato portato avanti grazie alla collaborazione di NutriAid con Fondazione Talità Kum – Budrola Onlus (gestore e responsabile della struttura), R4A – Rainbow for Africa, responsabile sanitario e MEDU – Medici per i Diritti Umani che si occupa insieme dell'assistenza agli adulti con R4A.

Le visite ai minori (da parte di pediatri e MMG) si svolgono nella fascia oraria 16-20, stesso orario delle visite ambulatoriali agli adulti, così da favorire e semplificare l'accesso all'ambulatorio e l'assistenza fornita; dalle 20 alle 8 è presente un infermiere di R4A, che in caso di necessità può avvalersi della reperibilità telefonica del pediatra o MMG.

È prevista una reperibilità telefonica secondo turni prestabiliti, nel caso in cui il medico o l'infermiere di turno necessitino pareri o consulti da parte dello specialista per i minori ospiti al rifugio.

Le prestazioni e i servizi erogati dal progetto comprendono:

Visita pediatrica per minori 0-14: il pediatra, dopo un periodo di formazione dedicata, visita i pazienti, registrando (ove possibile) dati anagrafici, Paese di nascita, Paese di origine, luogo di ingresso, rotta percorsa e durata del viaggio,

integrando le informazioni sullo stato di salute, su possibili patologie e su eventuali farmaci prescritti. I dati raccolti sono rielaborati e analizzati da uno studio epidemiologico sullo stato di salute della popolazione migrante transitante in Italia dell'Università degli Studi di Torino, Dipartimento Scienze Cliniche e Biologiche.

Durante la visita viene effettuata una *valutazione dello stato nutrizionale e di accrescimento dei pazienti*, utilizzando tabelle percentili, curve di crescita e gli standard di crescita dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS); viene misurata la circonferenza brachiale (MUAC), l'indice dello stato nutrizionale relativo alla consistenza della massa muscolare, controllando la presenza di edema nella parte inferiore delle gambe e nei piedi.

Distribuzione farmaci: NutriAid ha allestito e rifornisce un dispensario farmaceutico pediatrico, che il personale sanitario utilizza al termine di ogni visita, consegnando al paziente la terapia farmacologica, anche con l'ausilio di mediatori culturali. I farmaci principali forniti sono: paracetamolo, sali minerali, antiemetici, antiparassitari, gocce e spray nasali, sciroppi per la tosse, colliri, antibiotici e antimicotici.

Prevenzione:

- patologie infettive: verifica dello stato vaccinale effettuata durante la raccolta dell'anamnesi e eventuale (futura) somministrazione delle vaccinazioni (anche facoltative), a integrazione di quelle mancanti (DL 7.6.2017 e Legge 119/2017);
- congelamento: allestimento e rifornimento di magazzino con vestiario termico adatto a evitare stati di ipotermia;
- infortuni: fornitura di scarpe da montagna per ridurre il rischio di traumi da caduta.

Educazione sanitaria: il medico fornisce indicazioni e suggerimenti per una corretta igiene del paziente. Sono a disposizione farmaci per il trattamento della pediculosi e della scabbia. Per i bambini in particolare, vengono forniti prodotti necessari al cambio (pannolini, salviette e creme detergenti, così da limitare irritazioni e lesioni da pannolino.

In futuro alla fine delle visite, verranno inoltre programmate sessioni di educazione ai genitori o ai caregiver relative ad argomenti di pediatria e puericoltura, che comprendono anche la proiezione di un video informativo multilingue.

Altri due importanti obiettivi del progetto sono la creazione di un Comitato di Pilotaggio e di una Rete di Concertazione. Il primo consente di coordinare le varie realtà coinvolte nell'assistenza ai migranti, monitorandone l'attività per potenziare i punti di forza e ridurre le criticità. Il secondo affianca al Comitato di Pilotaggio agli Enti territoriali presenti nei luoghi di ingresso (Italia

meridionale e confine orientale) o transito (grandi città) dei migranti, nonché a realtà analoghe oltre confine (Briançon), così da poter creare un database di pazienti e delle relative cartelle cliniche, accessibile, consultabile e integrabile da parte del personale sanitario che dovesse prendere in carico il migrante nelle diverse tappe del suo percorso.

RISULTATI: Grazie a questo progetto NutriAid è venuta in contatto con centinaia di minori migranti e a molti di essi ha fornito assistenza sanitaria.

CONCLUSIONI: Visto l'incremento dei flussi migratori e l'attuale situazione geopolitica mondiale si crede necessario che progetti di assistenza simili continuino a crescere. L'assistenza primaria è la base di un sistema sanitario efficiente e accessibile, in grado di offrire prestazioni a livello universale. Sulla base di queste considerazioni risulta sempre più importante coinvolgere tutte le professionalità sanitarie che ne fanno parte.

FAST-TRACK MMG: sviluppo di una piattaforma condivisa MMG-consulente atta a prenotare secondo priorità oggettivabile i pazienti affetti da ulcere degli arti inferiori

Paola Cappelli

BACKGROUND: Nonostante i pazienti che sviluppano ulcere agli arti inferiori siano in moderato aumento, non è stato rilevato un incremento delle prestazioni eseguite e una velocizzazione del percorso diagnostico terapeutico. Nell'ASL città di Torino, nel 2020, meno del 50% dei pazienti con priorità U sono stati visitati entro 72 ore. Uno dei motivi per la mancata correlazione tra gravità clinica/tempi di visita è la modalità di prenotazione: attualmente, infatti, non vi è modo di discriminare tra i pazienti che necessitano effettivamente di una visita specialistica con una priorità dai pazienti a cui è stata assegnata una priorità di prenotazione in modo inadeguato. Il ruolo del medico di medicina generale (MMG) nella gestione dei pazienti con ulcere degli arti inferiori è di fondamentale importanza. Il MMG è la figura medica che può effettuare la diagnosi più precoce e indirizzare il paziente verso un percorso terapeutico adeguato. Attualmente, tuttavia, i MMG non hanno l'opportunità di rendere merito al rilevante ruolo che occupano a causa delle scarse possibilità comunicative presenti. La piattaforma Fast-Track MMG nasce proprio per rispondere a queste problematiche. Si propone, infatti, di realizzare un canale diretto di prenota-

zione dei pazienti da parte del MMG, di fungere da collegamento diretto tra MMG e consulente chirurgo vascolare con la possibilità di condivisione di immagini/documenti e soprattutto si propone di generare un canale di prenotazione che, a differenza di tutti quelli vigenti, rispetti un ordine di priorità predefinito secondo un algoritmo elaborato in base alle più recenti evidenze scientifiche.

METODI: Per valutare l'utilità e stimare l'eventuale utilizzo sul campo di Fast-Track MMG sono stati sviluppati due questionari: uno rivolto ai MMG, l'altro ai consulenti chirurghi vascolari. L'obiettivo dei questionari era quello di valutare se la realtà territoriale e quella ospedaliera rilevassero le stesse necessità e se i medici fossero desiderosi di avere una piattaforma specifica e condivisa, impostata ad hoc.

RISULTATI: Hanno risposto al questionario 57 MMG e 34 chirurghi vascolari. Dalle tabelle di contingenza elaborate è emerso che l'85% dei medici non ritiene efficiente l'attuale comunicazione presente tra MMG e consulente chirurgo vascolare; il 76% non ritiene che le visite di chirurgia vascolare vengano effettuate nei tempi previsti in base alla priorità clinica; l'88% ritiene che lo sviluppo di una piattaforma condivisa possa essere utile; l'80% intende utilizzare la piattaforma condivisa, con prevalenza dei MMG. In base all'analisi delle singole risposte è emerso che la percezione di inefficienza sia più marcata da parte dei chirurghi vascolari ma che l'approccio al cambiamento sia più sentito da parte dei MMG.

CONCLUSIONI: L'attuale organizzazione territoriale/ospedaliera non permette una corretta comunicazione e collaborazione tra il MMG sul territorio e il consulente chirurgo vascolare. Questo si trasmette in sistema di prenotazioni basato su priorità non oggettivabili ed estremamente variabili che non rispettano i criteri clinici causando in molti casi un ritardo diagnostico importante che rischia di peggiorare l'outcome terapeutico. Fast-Track MMG nasce per ovviare a questi problemi, migliorare le tempistiche diagnostiche-terapeutiche e potenzialmente anche l'outcome della patologia.

La prescrizione delle endoscopie digestive in Medicina Generale durante la pandemia da SARS-CoV-2

Francesco Carofiglio, Tecla Mastronuzzi
SIMG Bari

INTRODUZIONE: La pandemia da SARS-CoV-2 ha provocato un sostanziale cambiamento

strategico del Servizio Sanitario Nazionale in quanto le risorse umane ed economiche sono state dirottate su precisi reparti ospedalieri per la cura dell'emergenza e della lunga degenza provocata dai danni della nota patologia virale. Tale cambiamento ha coinvolto anche il Medico di Medicina Generale, figura essenziale nella cura delle malattie croniche e, soprattutto, ruolo cardine nella campagna di prevenzione primaria e secondaria delle malattie oncologiche. Una conseguenza della pandemia potrebbe essere un significativo calo delle prescrizioni degli esami endoscopici del tratto gastrointestinale. Gli studi epidemiologici dimostrano che in Italia ogni anno vengono diagnosticati circa 14.500 neoplasie dello stomaco e 43.700 tumori del colon-retto. L'esofagogastroduodenoscopia e la colonscopia sono esami fondamentali per i pazienti che presentano segni e sintomi di allarme ben specifici (calo ponderale, anemia, sanguinamento gastrointestinale e brusche variazioni delle abitudini alvine).

OBIETTIVO: Studio pilota per valutare l'impatto della pandemia sulla prescrizione degli esami endoscopici in un gruppo di medici di famiglia della provincia di Bari.

MATERIALI E METODI: Dal software gestionale di 2 medici della ASL Bari (tot. 3113 pazienti) sono stati estratti i dati sul numero di prescrizioni di esofagogastroduodenoscopia e colonscopia nell'intervallo temporale 2018-2022 per un totale di 52 mesi. Si è scelto di individuare due intervalli: pre-COVID da gennaio 2018 a febbraio 2020 e post-COVID da marzo 2020 ad aprile 2022 e successivamente confrontare questi due periodi.

Sono stati calcolati il numero totale di prescrizioni di gastroscopie e colonscopie, le medie e i delta delle medie tra periodo pre e post COVID.

RISULTATI: I risultati sono riassunti nella Tabella I e II.

DISCUSSIONE: I primi dati osservati dimostrano che il numero totale delle esofagogastroduodenoscopie è lievemente aumentato rispetto al periodo pre-COVID (+0,3) e il numero delle colonscopie rispetto all'analogo periodo pre-COVID è leggermente diminuito (-0,5). Tuttavia nel complesso il numero totale di endoscopie è pressoché invariato (-0,1). Alla luce dei dati riportati è possibile affermare che non ci dovremmo aspettare diagnosi misconosciute di patologie gastrointestinali nonostante il periodo pandemico abbia rivolto i propri riflettori sulle patologie derivanti dall'infezione da SARS-CoV-2.

Inoltre si può sottolineare che i medici di medicina generale, seppur sovraccaricati dagli impegni della pandemia, hanno continuato ugualmente con il medesimo impegno e la stessa intensità la gestione delle patologie gastrointestinali.

TABELLA I.
Esofagogastroduodenoscopia.

	N. totali	Media	Delta medie
Pre COVID	116	4,5	
Post COVID	126	4,8	+0,3

Colonscopia

	N. totali	Media	Delta medie
Pre COVID	159	6,1	
Post COVID	146	5,6	-0,5

TABELLA II.
Endoscopia complessiva.

	N. totali	Media	Delta medie
Pre COVID	275	10,6	
Post COVID	272	10,5	-0,1

Se dovesse essere confermato da ulteriori valutazioni, sarebbe ulteriore riprova dell'efficace presa in carico del paziente cronico da parte della medicina di famiglia.

La gestione del paziente BPCO dopo l'introduzione della nota AIFA 99 analisi di una survey in Medicina Generale

Angelo Crescenti

La BPCO rappresenta una delle prime tre cause di morte nel mondo. Essa ha una prevalenza nella popolazione italiana del 3% (report HS 2020). La gestione del paziente BPCO deve mirare a migliorare la qualità e aspettativa di vita, ridurre l'impatto dei sintomi e contenere il rischio di esacerbazioni. La recente introduzione della nota AIFA 99 riguardante la prescrivibilità dei farmaci per la BPCO ha focalizzato l'interesse sulla gestione di questi soggetti e l'importanza del ruolo del medico di medicina generale (MMG). Per questo appare utile conoscere i dati real-life dei pazienti con BPCO. Alla luce dei dati suddetti si è condotta una survey che ha coinvolto il gruppo di ricerca SIMG di Messina.

OBIETTIVO DELLA RICERCA: a) conoscere la prevalenza dei soggetti con BPCO, b) conoscere il comportamento del MMG e valutare, attraverso alcuni parametri la corretta gestione di questa patologia (registrazione dato fumo, utilizzo di questionari mMRC e CAT, spirometria e test di broncodilatazione, riacutizzazioni e accessi al PS, appropriatezza e aderenza farmacologica).

MATERIALI E METODI: La survey ha coinvolto la popolazione afferente agli studi di medicina generale di 20 medici per una popolazione di circa 25000 soggetti. La survey è strutturata in dieci quesiti: numero assistiti e numero soggetti BPCO, dato fumo, utilizzo questionari mMRC e CAT, utilizzo spirometria con test di broncodilatazione, visita pneumologica, accessi al PS e/o ricoveri, utilizzo di antibiotici e cortisonici sistemici nell'ultimo anno, dato FEV1, utilizzo farmaci inalatori.

RISULTATI E CONCLUSIONI: Lo studio ha rilevato la prevalenza del 4,3% di soggetti BPCO. I medici hanno risposto per il 55% che registrano il dato fumo per più del 70% dei pazienti BPCO, solo il 29% somministra i questionari per più del 50% dei soggetti, il 36% utilizza la spirometria con test di broncodilatazione per la diagnosi per più del 70% e di questi solo il 7,2% afferma di averla effettuata nello studio di medicina generale. Il 64% dei medici riferisce che i pazienti hanno fatto ricorso al PS nell'ultimo anno per almeno 1-2 volte e che il 57% dei pazienti hanno utilizzato nell'ultimo anno antibiotici e cortisonici sistemici per almeno 5 giorni consecutivi. Il 64% dei medici afferma che meno del 10% dei pazienti presenta FEV1 < 50%. Il 43% risponde che i pazienti utilizzano LAMA o LABA nel 50-70% e il 64% risponde che il 10-30% utilizza LAMA/LABA con unico inalatore. Il 57% dei medici riferisce che questi soggetti utilizzano ICS/LABA per il 30-50%. E infine il 90% dei medici risponde che i pazienti utilizzano LAMA/LABA/ICS con unico inalatore per il 10-30% dei pazienti. La terapia farmacologica per il 70% dei medici

non supera i 6 mesi l'anno. Questi dati sottolineano come non sia sempre registrato il dato fumo, si utilizzino ancora poco i questionari, la spirometria con test di broncodilatazione per la diagnosi e ancora pochi MMG la effettuano in ambulatorio. Bassa è l'aderenza farmacologica, i pazienti utilizzano per lo più LAMA o LABA, e pochi medici prescrivono LAMA/LABA in unico inalatore, mentre c'è una buona percentuale di pazienti che utilizza LABA/ICS e che ricorre al PS per esacerbazioni almeno 1-2 volte l'anno.

Ricerca & sviluppo di un candidato Dispositivo Medico Digitale per migliorare la gestione e il trattamento dell'ipertensione arteriosa. Il Progetto QK-Digital

Silvana D'Alessio¹, Gabriele Sabatino¹, Enidia Hazizaj², Giovanni Di Renzo¹, Daniele Pierro¹, Alberto Malva³, Giuseppe Recchia⁴

¹ Polifarma SpA, Roma; ² Università di Padova;

³ Medico Medicina Generale FIMMG BAT, Barletta;

⁴ daVi DigitalMedicine srl, Verona

Il medico di medicina generale (MMG) ha un ruolo fondamentale nella gestione del paziente con ipertensione arteriosa (IA) che rappresenta la causa più comune di accesso agli ambulatori di medicina generale in Italia. Nonostante la disponibilità di varie opzioni farmacologiche, le percentuali di raggiungimento degli obiettivi pressori e di controllo della ipertensione rimangono subottimali. Migliorare la gestione dell'IA può richiedere approcci combinati con tecnologie sanitarie diverse, in particolare digitali quali *Digital Therapeutics*, *Digital Self-management Education Supports*, *Digital Drug Supports*, *Digital Monitoring*.

OBIETTIVI: Progettare e sviluppare "QK-Digital", candidato Dispositivo Medico Digitale associato a un farmaco antipertensivo, con lo scopo di migliorare la gestione della IA da parte del paziente e di aumentare l'efficacia terapeutica del trattamento antipertensivo in condizioni di "real life".

MATERIALI E METODI: Il candidato Dispositivo Medico Digitale è basato su una "app" (licazione) per *smartphone*, *tablet* o PC con finalità di:

1. monitoraggio della pressione arteriosa;
2. autogestione della ipertensione arteriosa;
3. ottimizzazione della terapia farmacologica antipertensiva.

Il progetto, guidato da uno *Steering Committee* composto da pazienti esperti, MMG, medici spe-

cialisti, bioinformatici, ingegneri, è basato sui principi del *participatory design* e si articola nelle fasi di Ricerca, *Discovery*, Sviluppo.

RISULTATI: È stata completata la Ricerca, nella quale sono stati analizzati – attraverso la consultazione di Pubmed, ClinicalTrials.gov, letteratura grigia e siti web – i dispositivi digitali finora realizzati o in sviluppo per la gestione e il trattamento della ipertensione arteriosa, allo scopo di identificare le funzionalità da implementare nel nuovo dispositivo.

CONCLUSIONI: L'associazione o combinazione di una terapia farmacologica con un dispositivo medico digitale configura il nuovo modello di *terapia bio-digitale*, una modalità emergente della medicina a elevato potenziale di aumento della efficacia di trattamento della ipertensione arteriosa.

L'attività di Ricerca di *QK-Digital* ha evidenziato diversi limiti nei dispositivi digitali finora sviluppati per la gestione della ipertensione arteriosa, in particolare per quanto riguarda la verifica clinica della efficacia. Per superare tali limiti è necessario aggiornare gli standard di sviluppo, anche attraverso l'adozione di modalità logistiche basate sul modello dei *decentralized clinical trials*.

Il riscontro occasionale di valvulopatia aortica in Medicina Generale: quale ruolo per l'ecoscopia cardiaca? Un caso clinico

S. Dubini, M. Monti
SIMG Varese

INTRODUZIONE: L'ecoscopia cardiaca si sta diffondendo sempre di più anche nel contesto della Medicina Generale accanto all'ecografia clinica del distretto toraco- addominale¹, analogamente a quanto accade nel contesto anglosassone²; quale ruolo per il medico di medicina generale nella diagnosi di valvulopatia di grado severo?

MATERIALI E METODI: M.B. è una donna di 88 anni con la seguente anamnesi: esiti di embolia polmonare, cardiopatia ischemica cronica, scompenso cardiaco NYHA II, anemia multifattoriale, ipertensione arteriosa, dislipidemia, sindrome depressiva, epatite a eziologia non nota in età infantile, diverticolosi del colon. La paziente assume olmesartan 10 mg 1 cp h 8, paroxetina 20 mg 1 cp h 8, ranolazina 500 mg 1 cp h 12, rivaroxaban 15 mg 1 cp h 13, atorvastatina 40 mg 1 cp h 20, bisoprololo 2,5 mg 1 cp h 8+ 3,75 mg 1 cp h 20, furosemide 25 mg 1 cp h 8-20. In data 20/05/2022 viene

valutata con ecografia clinica al domicilio mirata all'inquadramento di scompenso cardiaco. I parametri sono i seguenti: FC 76 R, SpO2 87% AA, PA 120/70. All'esame obiettivo: murmure vescicolare ridotto in sede medio-basale bilateralmente con rari rantoli a piccole bolle, soffio sistolico 4/6, edemi declivi. All'esame ecografico eseguito con sonda portatile Butterfly IQ si repertano: epatomegalia su base congestizia, sludge all'infundibolo della colecisti, vene sovraepatiche di diametro aumentato (diametro periferico 0,89 cm) e vena cava inferiore scarsamente collassabile (diametro tele- espiratorio 2,02 cm, diametro tele- inspiratorio 1,57 cm, collassabilità calcolata 20%), versamento pleurico bilaterale risalente fino ai campi medi con comet-tails a destra e LINEE B a sinistra. Si repertano anche minimo scollamento pericardico in sede posteriore e in proiezione parasternale asse lungo valvola aortica calcifica con ridotta apertura e aliasing come da stenosi severa oltre che ipertrofia settale (1,6 cm) (Figg. 1, 2).

RISULTATI: Valutato il quadro clinico ed ecografico compatibile con scompenso cardiaco su base valvolare si impostano furosemide 25 mg 1 cp h 8-12 + furosemide/spironolattone 25/37 mg 1 cp h 16 con controllo degli elettroliti a 72 h e titolazione del bisoprololo con FC target 60 bpm. Si consulta documentazione in possesso della paziente, tuttavia la valvulopatia non risulta nota in precedenza. La paziente si sottopone inoltre a visita cardiologica a domicilio con ecocardiografia color-doppler a riposo ed ECG dopo circa 7 giorni con conferma del quadro di stenosi valvolare severa e indicazione alla TAVI qualora il parere cardiologico e/o cardiocirurgico sia favorevole viste le comorbidità.

CONCLUSIONI: La causa più comune di stenosi aortica nel paziente anziano è la calcificazione di una valvola tricuspide o congenitamente bicuspid, meno frequente è l'eziologia reumatica (20%); la valutazione della funzione diastolica è fondamentale per l'identificazione dei diversi modelli di stenosi aortica (*low-flow-low-gradient*, *paradoxical low-flow-low-gradient*). Non di rado nel paziente anziano un pregresso substrato reumatico associato alla degenerazione calcifica può precipitare un quadro in precedenza non clinicamente significativo³. L'ecoscopia cardiaca può, in pazienti selezionati, completare la diagnosi ecografica di scompenso cardiaco dirimendone l'eziopatogenesi o permettere la diagnosi di una valvulopatia di primo riscontro piuttosto che il peggioramento di un quadro noto da tempo. Il medico di medicina generale può, anche con strumentazione portatile e non dotata di Doppler continuo, fornire una valutazione semiquantitativa in tutti

FIGURA 1.

Stenosi aortica calcifica in proiezione parasternale asse lungo (Archivio Butterfly IQ Dr.ssa Silvia Dubini).



FIGURA 2.

Vena cava inferiore allo sbocco in atrio dx (Archivio Butterfly IQ Dr.ssa Silvia Dubini).



quei pazienti che necessitano di un tempestivo inquadramento cardiologico e/o cardiocirurgico, evitando lo scadimento del quadro generale e l'edema polmonare acuto^{2,4}.

Bibliografia

- 1 Fichera F, d'Ambrosio G, Lagoglio E, et al. La valutazione ecografica in Medicina Generale: ruolo e significato della Point Of Care Ultrasonography (POCUS). Rivista SIMG /2020;27(1).
- 2 Bono F. L'ecografia e la gestione dello scompenso cardiaco. *Avvenire Medico* 2/2013.
- 3 Antonini-Canterin F, Scipione Careri et al. Manuale di Ecocardiografia Transtoracica SIECVI. Il Pensiero Scientifico Editore 2019.
- 4 Neskovic AN, Skinner H, Price S, et al. Focus cardiac ultrasound core curriculum and core syllabus of the European Association of Cardiovascular Imaging. *European Heart Journal - Cardiovascular Imaging* Febr. 2018;19.

Analisi retrospettiva di 10 anni, degli elenchi E.T. MCNT dell'AUSL Imola (93 MMG): prevalenza (M vs F: 3 fasce d'età) vs dati regionali e nazionali

Shirley Ehrlich et al.

Già MMG

INTRODUZIONE: Le MCNT impegnano molto l'attività del medico di medicina generale (MMG) sul territorio come si evince dai molteplici contatti amb./dom. (Health Search 2021) quotidiani per: ipertensione 18,6%, diabete mellito (DM) II 6,9%, dislipidemia 5,3%, malattie ischemiche 4,3%, ecc. L'impatto delle MCNT (DM, malattie cardiovascolari, tumori, pat. respiratorie croniche e disturbi mentali, ecc.), rappresentano il 77% del carico di malattia nella regione europea (WHO 2020). Obiettivo dello studio è di sfruttare al meglio l'osservatorio sulla popolazione analizzando le E.T. negli anni (3 rilevamenti) per migliorare l'approccio clinico e la medicina di iniziativa.

MATERIALI E METODI: Sono stati analizzati i 3 elenchi E.T. (2012-17-21) rispettivamente composti di: 60, 57 e 366 voci x un tot. E.T. = 61656; 29301 M vs 32355 F) divisi in 3 fasce d'età: I < 18 anni; II 18-64 e III > 65 anni (solo 2021 - I fascia < 14 anni). La popolazione Tot./fascia era di 132,008 persone in media (51% F vs 49% M) (tuttitalia Stat. Demogr). Visto la diversificazione degli elenchi E.T. (n° di voci non sovrapponibili e molto parcellizzati nel 2021) sono stati identificati 12 gruppi di MCNT maggiormente presenti nel setting del MMG (come pat. CV, neopl., tiroide + paratir., DM, glaucoma, pat. neuropsich., ecc., per tot. 57 voci) cioè un tot. E.T.: 44603 (72%) nel 2012, 46681 (71%) nel 2017, 57897 (87%) nel 2021 (non < 100 E.T.). La III fascia M nel 2017 e nel 2021 e la II fascia F nel 2017 hanno più di 1 E.T. a testa.

RISULTATI: Le E.T. x MCNT prevalenti nei 3 rilevamenti sono stati: pat. app. CV (F 17-20% vs M 16-22%), neopl. (F 9-11% vs M 6-8%), DM (F 6-7% vs M 7-8%), pat. tiroide + paratir. (F 9-11% vs M 2-3%) ecc., in linea con i dati Regionali e Nazionali. Il numero E.T. x pat. CV della III fascia/tot. E.T. x pat. CV, risultano aumentata (>) dal 2012 al 2021 F del 6% vs M del 7%, con una prevalenza sulla pop. x fascia d'età F: di 36% nel 12, 29% nel 2017 e 45% nel 2021 vs M: 42% nel 2012, 31% nel 2017 e 43% nel 2021. È stato calcolato il cambiamento del numero di E.T. a ogni rilevamento per tutti i gruppi di MCNT: es. il n° E.T. x pat. tiroidea + paratir. sono > dell'89,44% nel 2017 vs 2012, nella I fascia F e del 72% III fasce F e del 66%

III fascia M. Andamento simile risulta nel 2021 vs 2017: massimo > 105% III fascia F vs il 74% II fascia M.

CONCLUSIONI: Le MCNT sono in netto aumento con gravi ripercussioni sulla qualità di vita specie delle F. Il ruolo delle F, caregiver universalmente riconosciuto, le porta probabilmente a intercettare i primi sintomi sospetti, avere consapevolezza dell'utilità della diagnosi precoce per iniziare terapie immediate, a volte meno invadenti, più che i M. La conoscenza del MMG dei profili di salute locali aggiornati (Bibliografia) oltre nazionali, permette una sensibilizzazione maggiore dei medici e dei pazienti vs la prevenzione; il MMG ha un capitale informativo pluriennale in mano (software gestionale unico nell'AUSL) che garantisce continuità, confidenzialità, privacy oltre l'approccio agevolato alla medicina di iniziativa.

Progetto di facilitazione all'accesso alle cure in assistenza primaria per la comunità LGBTQ+

Rossella Faccenda

I medici di medicina generale (MMG) hanno una elevata probabilità di incontrare pazienti lesbiche, gay, bisessuali, transgender e queer/questioning (LGBTQ+) nella loro pratica. Secondo uno studio condotto dall'Istat sulle discriminazioni di genere, sull'orientamento sessuale e sulle origini etniche, nel 2011 la quota di persone LGBTQ+ in Italia si attestava all'**1,6%**. Tuttavia, si stima che siano circa 3 milioni gli individui (6,7% della popolazione) che "hanno dichiarato apertamente che, nel corso della loro vita, si sono innamorati o hanno avuto rapporti sessuali con una persona dello stesso sesso, o che sono oggi sessualmente attratti da persone dello stesso sesso". Quindi, se si pensa che attualmente un MMG massimalista ha in carico 1500 pazienti, in media, **24** di loro apparterranno a questa comunità. Per questo motivo i MMG dovrebbero essere in grado di fornire informazioni e cure adeguate e culturalmente sensibili.

OBIETTIVI: Lo studio si pone l'obiettivo di valutare quanto i pazienti LGBTQ+ si sentano tutelati e presi in cura, interrogandosi su quale possa essere la migliore assistenza possibile in accordo con le linee guida e se possa essere implementata andando a soddisfare bisogni di salute non ancora emersi.

MATERIALI E METODI: È stato ideato un questionario tramite "Google Moduli" concepito per essere diffuso nella comunità LGBTQ+ tramite associazioni territoriali, amicizie, conoscenze e, al fine di incrementare la potenziale diffusione del questionario e, di conseguenza, la validità statistica dei risultati raccolti, alcune piattaforme social media quali Facebook e Instagram.

CONCLUSIONI: L'ottimizzazione della cura dei pazienti LGBTQ+ richiede lo sviluppo di competenze sia cliniche che culturali. Le fasi iniziali per la creazione di un ambiente clinico inclusivo e accogliente prevedono: (1) la conoscenza delle risorse locali per i pazienti LGBTQ+ (gruppi di supporto, centri specializzati per l'avvio del processo di transizione, gruppi di cessazione di sostanze e alcol, centri di salute mentale); (2) l'istruzione e formazione al personale di studio e infermieristico; (3) l'istituzione di bagni neutri rispetto al genere; (4) una sala d'attesa inclusiva di informative sulla salute globale e di genere. Il MMG dovrà presentare fra le sue abilità una comunicazione efficace e una mentalità elastica, rispettando le esigenze del paziente. Fra i suoi compiti ci sarà quello della formazione continua, includendo gli aspetti psicologici e sociali che possono caratterizzare i quadri clinici dei pazienti.

La diagnosi precoce del tumore al pancreas in Medicina Generale

Andrea Furnari

Medico di Medicina Generale, Torino

INTRODUZIONE: Il tumore al pancreas è notoriamente difficile da diagnosticare nelle sue fasi iniziali e una strategia di screening non è facilmente praticabile in termini di rapporto costo-efficacia.

Esplorare come avvenga la valutazione dei sintomi, spesso vaghi e non specifici, da parte dei medici di medicina generale potrebbe suggerire strumenti nuovi per la diagnosi precoce.

Questo studio mirava a indagare il primo punto di contatto sanitario nei pazienti con diagnosi di tumore al pancreas e il tempo necessario per giungere a una diagnosi, sondando anche le attuali conoscenze dei medici intervistati in merito alla correlazione bidirezionale esistente tra tumore al pancreas e diabete mellito o ridotta tolleranza al glucosio.

MATERIALI E METODI: Uno studio trasversale è stato condotto attraverso un questionario diffuso tra i Medici di Medicina Generale, attualmente in attività nelle diverse province della Regione Piemonte, tramite due principali canali: la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (Piemonte) e la Scuola Piemontese di Medicina Generale "Massimo Ferrua".

Ai medici di famiglia coinvolti, è stata presentata una serie di quesiti concernenti la loro esperienza clinica con i pazienti affetti da tumore al pancreas.

In riferimento alla raccolta dei dati è stato utilizzato "Moduli Google", ovvero un'applicazione per la creazione di sondaggi inclusa nella suite per ufficio di Google Drive.

RISULTATI: Un totale di 153 colleghi hanno risposto al questionario. La raccolta delle risposte è aggiornata al mese di marzo 2022.

- **Punto di prima presentazione**
In base alla loro esperienza clinica, i medici di famiglia hanno dichiarato che solitamente (n. 133 = 86,9%) i pazienti, con sintomatologia iniziale suggestiva per tumore al pancreas, si presentavano presso il loro ambulatorio. Nel 9,2% dei casi il paziente era stato inizialmente valutato in Pronto Soccorso/DEA, in regime d'urgenza. Infine, il restante 3,9% dei colleghi, ha indicato come primo punto di presentazione lo specialista ambulatoriale e/o ospedaliero, dopo valutazione per altra patologia.
- **Sospetto clinico del medico di medicina generale**
Il 77,7% ha affermato di aver sospettato una malattia grave (51,6%) o addirittura la presenza di un tumore (26,1%) già alla prima presentazione del paziente nel loro studio. Tuttavia, un 20,3% degli interessati non ha posto il sospetto né di tumore né di malattia grave.
- **Intervallo diagnostico**
Alla richiesta di quale fosse il periodo di tempo intercorso tra la comparsa dei primi segni e/o sintomi suggestivi e la diagnosi di tumore del pancreas, il 31,4% degli intervistati ha risposto nei primi trenta giorni mentre il 55,6% fra 1 e 3 mesi. Nel rimanente 13% dei casi, la diagnosi è pervenuta successivamente: all'interno (10,5%) oppure al di fuori (2,5%) dei 6 mesi.
- **Rapporto di causalità fra diabete e tumore al pancreas**
Volendo sondare le conoscenze dei colleghi in merito al rapporto di causalità bidirezionale tra diabete mellito e tumore del pancreas gli è stato richiesto quanti individui con diagnosi accertata di tumore del pancreas presentassero, in concomitanza, anche diabete mellito o ridotta tolleranza al glucosio. Soltanto il 13,1% dei medici intervistati ha risposto correttamente al quesito. Mentre un restante 87% circa ha sottostimato la sopracitata correlazione, in maniera più (31,4%) o meno evidente (55,6%). Al contrario, non è stata rilevata alcuna sovrastima del dato di letteratura.
- **ENDPAC score**
Recentemente è stato validato un sistema di stratificazione del rischio di tumore del pancreas, chiamato "Enriching New-Onset Diabetes for Pancreatic Cancer" (ENDPAC score), che tiene conto dell'età dell'individuo, dei cambiamenti nel suo peso e nella glicemia. Dal questionario presentato ai

medici di medicina generale è emerso che soltanto il 4% circa di loro era a conoscenza o aveva mai utilizzato questo tipo di modello.

- **Collaborazione a studio clinico**
Poco più della metà (52,3%) degli intervistati si è detta interessata a collaborare a uno studio clinico che valuti l'associazione tra tumore del pancreas e diabete mellito di nuova insorgenza.

CONCLUSIONI: La maggioranza dei pazienti con tumore del pancreas ha iniziato il proprio percorso diagnostico presentando i sintomi al proprio medico di famiglia. L'intervallo di tempo per giungere a una diagnosi è stato prolungato quando quest'ultimo non sospettava un tumore o malattia grave. È stata rilevata un'importante tendenza a sottostimare la correlazione bidirezionale esistente tra diagnosi accertata di tumore del pancreas e diabete mellito o ridotta tolleranza al glucosio. Una nuova insorgenza di diabete, specialmente dopo i 50 anni di età, è un possibile sintomo precoce di tumore del pancreas. Il modello "Enriching New-Onset Diabetes for Pancreatic Cancer" (ENDPAC) è stato recentemente ideato per identificare i pazienti a rischio. Soltanto una minoranza ristretta degli intervistati era a conoscenza o aveva mai utilizzato questo modello. Gli stessi medici di medicina generale richiedono altre strategie similari per identificare i pazienti a rischio e che pertanto necessitano di ulteriori approfondimenti. Più della metà degli intervistati si è detta interessata a collaborare a uno studio clinico che valuti l'associazione tra tumore del pancreas e diabete mellito di nuova insorgenza.

SGLT2 in real life: rivalutazione a 6 mesi dall'applicazione della Nota 100

Vittorio Gradellini

INTRODUZIONE: Valutare l'efficacia e la sicurezza nel mondo reale, nell'ambulatorio del medico di medicina generale (MMG), dell'uso dell'inibitore del cotrasportatore di sodio-glucosio 2 (SGLT2i)

MATERIALI E METODI: Attraverso Millewin e MilleGPG è stato possibile raccogliere i dati dei pazienti, con i relativi cambiamenti in termini di esami ematici e fisiologici (opportunitamente raccolti). I valori in esame sono esami ematici, glicata, glucosio, peso, controllo pressorio, girovita, eventuali intolleranze.

RISULTATI: Per il congresso dovremmo (parlo come studio) avere i dati completi almeno per 50 pazienti. Al momento non possiamo che dichiarare una ottima tollerabilità e compliance dei pazienti.

CONCLUSIONI: Per il congresso dovremmo (parlo come studio) avere i dati completi almeno per 50-70 pazienti in terapia con glifozina.

Al momento non possiamo che dichiarare una ottima tollerabilità, compliance dei pazienti e i risultati ematici di alcuni pazienti.

Siamo in attesa di molti esiti.

Prescrizione di indagini diagnostiche cardiologiche in Medicina Generale durante la pandemia da SARS-CoV-2: un'indagine pugliese

Nicola Grilletti, Tecla Mastronuzzi

Nel marzo 2020 è ufficialmente iniziata la pandemia da SARS-CoV-2, che ha rapidamente coinvolto il mondo intero con poussées successive, mettendo a dura prova i sistemi sanitari di tutte le nazioni. Anche le Nazioni più evolute, con un'organizzazione di welfare solida e con una situazione economica florida, hanno avuto difficoltà a contrastare le aggressive ondate pandemiche e il conseguente carico di ricoveri, impegno delle aree intensivologiche e coinvolgimento del personale sanitario. Questo ha comportato il timore di conseguenze immediate e successive sulla salute pubblica, in buona parte imprevedibili. All'inizio del 2020, il COVID-19 ha colpito l'Italia, prima e più duramente di qualsiasi altro Paese europeo. E anche in Italia le risorse per l'assistenza sanitaria sono state dirottate verso la cura dei pazienti COVID-19, con il rischio concreto di peggiorare la presa in carico di larga parte delle altre patologie croniche e acute. Un recente studio eseguito in Italia ha dimostrato una significativa riduzione di 2/3 delle indagini di imaging cardiologico di secondo livello eseguite in strutture ospedaliere durante i primi mesi del 2020 (Dondi et al. *Reduction of cardiac imaging tests during the COVID-19 pandemic: The case of Italy. Findings from the IAEA Non-invasive Cardiology Protocol Survey on COVID-19*).

SCOPO DELLO STUDIO: L'obiettivo è valutare l'andamento delle prescrizioni di accertamenti diagnostici di interesse cardiologico, nel setting della Medicina Generale negli anni 2018-2022.

MATERIALI E METODI: Dal software di due medici di medicina generale di Bari sono stati estratti i seguenti parametri relativi agli anni 2018-2019-2020-2021-2022: numero di prescrizioni di elettrocardiogramma (ECG), holter ECG, ecodoppler dei tronchi sovra-aortici (TSA), ecocardiogramma. Per il 2022 abbiamo utilizzato i dati disponibili dei primi 8 mesi dell'anno, estrapolato i successivi dati mensili e ottenuto il dato annuale con un calcolo del trend.

TABELLA I.

	Prescrizioni di ECG	Prescrizioni di Ecocardiogramma	Prescrizioni di ecodoppler TSA	Prescrizioni di Holter ECG
2018	222	66	123	49
2019	251	82	131	62
2020	228	117	146	59
2021	256	133	143	45
2022	300	128	120	60

RISULTATI: Abbiamo estratto le prescrizioni relative a 3250 pazienti, in Tabella I vengono descritti i risultati.

DISCUSSIONE: Le prescrizioni degli esami cardiologici effettuate dai due medici di medicina generale partecipanti allo studio non hanno subito deflessione a seguito della pandemia da SARS-CoV-2, al contrario registriamo una tendenza all'aumento di richiesta per tutte le prestazioni in esame. I nostri dati pertanto non confermano la riduzione delle prestazioni di imaging cardiologico di secondo livello registrata in Italia nei primi mesi del 2020, peraltro riferita alle prestazioni eseguite in ambito ospedaliero. Inoltre i nostri dati sono riferiti a un intervallo temporale molto più lungo e questo ha consentito di ammortizzare i dati del periodo del lockdown più duro, cioè marzo-aprile 2020. Rimane da segnalare il limite di questo studio che è relativo all'esiguità del campione preso in considerazione.

Stratificazione e individuazione del rischio cardiovascolare in pazienti ipertesi e preipertesi di nuova diagnosi nel setting della Medicina Generale

A. Hamel, R. Scoglio, A. Crescenti, S. Inferrera, A. Messineo, A. Morabito, G. Mandraffino

L'ipertensione arteriosa è la patologia a più alta prevalenza nella popolazione generale. In letteratura numerosi studi hanno dimostrato la correlazione tra ipertensione arteriosa e rischio cardiovascolare. Risulta pertanto di fondamentale importanza la stratificazione del rischio cardiovascolare nell'inquadramento del paziente affetto da ipertensione arteriosa con la valutazione degli indici di danno aterosclerotico subclinico.

OBIETTIVI DELLO STUDIO: Valutare il rischio cardiovascolare e il danno endoteliale in pazienti con ipertensione di nuova diagnosi o stadio pre-

ipertensivo. Valutare nella stessa popolazione la prevalenza di segni di rimodellamento cardiaco.

MATERIALI E METODI: Mediante estrazione dati dagli archivi elettronici di 4 medici di medicina generale (MMG) della provincia di Messina sono stati individuati i soggetti affetti da ipertensione o pressione normale-alta mai sottoposti a trattamento farmacologico. Dalla coorte di pazienti selezionati sono stati esclusi i soggetti con patologie croniche potenzialmente interferenti. Per tutti i pazienti arruolati è stato avviato un iter diagnostico completo per confermare presenza e severità di ipertensione arteriosa tramite esecuzione di ABPM ed escludere eventuali comorbidità misconosciute. I soggetti arruolati sono stati sottoposti a esame ecocolor Doppler TSA per la valutazione del danno endoteliale e a ecocardiografia *speckle tracking* per individuare segni di rimodellamento cardiaco con calcolo del *myocardial work* tramite valutazione del *LV pressure-strain loop area*. I pazienti sono stati successivamente rivalutati presso gli ambulatori dei MMG al fine di garantire, alla luce dell'inquadramento del RCV, la prosecuzione dell'iter terapeutico e del follow-up diagnostico.

RISULTATI: Su un totale di 4230 soggetti in carico ai medici che hanno partecipato allo studio sono stati individuati 114 soggetti con ipertensione arteriosa senza comorbidità e mai sottoposti a trattamento farmacologico specifico. Dei 21 che hanno completato l'iter diagnostico, 15 soggetti (71.4%) presentavano valori di IMT superiori alla norma all'ECD TSA, e in 12 di questi (57,1%) era presente almeno una placca carotidea. 10/21 pazienti (47,6%) sono risultati dislipidemici e in 5 era già presente ateromasi carotidea. In merito al danno d'organo ipertensivo subclinico, 6 pazienti (28,6%) presentavano incremento della *stiffness* arteriosa, 4 (19%) rimodellamento concentrico del ventricolo sinistro. Inoltre 6 dei 21 pazienti arruolati (28,6%) presentavano alterazioni degli indici globali del *myocardial work*. Relativamente alle comorbidità 9 dei 21 pazienti arruolati (42,8%) presentavano insulino-resistenza, 3 (14%) diagnosi incidenta-

le di DMT2 e 5 (23,8%) presentavano segni di danno renale, 3 dei quali con valori compatibili con IRC stadio IIIa

CONCLUSIONI: I dati preliminari in nostro possesso evidenziano il frequente riscontro di alterazioni degli indicatori di danno sub-clinico cardiovascolare nei pazienti con ipertensione arteriosa di nuova diagnosi. La valutazione precoce di questi indici può fornire supporto al MMG per ottimizzare la terapia di prevenzione cardiovascolare. La strategia proposta ha consentito inoltre di porre nuove diagnosi di diabete mellito e di identificare la presenza di danno renale in fase precoce. L'osservazione longitudinale di questa popolazione, unitamente alla valutazione di una popolazione più ampia, ci permetterà di capire se questo nuovo approccio, e di conseguenza un indirizzo terapeutico personalizzato sempre più precoce, possa essere utile per evitare l'insorgenza delle complicanze nel paziente iperteso, e di assicurare molti più anni liberi da malattia invalidante.

La gestione della BPCO nel contesto della Medicina Generale in Italia

Francesco Freddo, Marzio Uberti, Francesco Paolo Lombardo

BACKGROUND: La BPCO è una malattia caratterizzata da limitazione del flusso aereo scarsamente reversibile, tosse, presenza di espettorato soprattutto al risveglio, dispnea che, inizialmente da sforzo, con la progressione della patologia, compare anche a riposo e che induce notevoli limitazioni nelle attività quotidiane.

La gestione della BPCO risente di alcune criticità: la sottodiagnosi soprattutto a carico degli stadi iniziali di malattia, il ritardo diagnostico, la mancata attuazione di misure di profilassi (cessazione della dipendenza da tabacco, interventi sull'inquinamento ambientale e domestico, vaccinazioni, ecc.), l'incertezza nella scelta della terapia farmacologica più appropriata, la scarsa aderenza alla terapia come mostrato dai dati di Health Search e da una bassa persistenza alla terapia prescritta da parte dei pazienti (Rapporto OSMED sui farmaci 2021).

L'elevata prevalenza della BPCO, stimata intorno al 5,6% della popolazione adulta in Italia, evidenzia il ruolo centrale della Medicina Generale nella gestione di questa malattia, che, anche per i numeri di malati, non può essere efficacemente gestita e trattata solo dagli specialisti.

Il medico di medicina generale (MMG) deve quindi mettere in atto strategie tipiche della Medicina di Opportunità e della Medicina di Iniziativa.

La recente pubblicazione della nota 99 AIFA responsabilizza i MMG rispetto a riconoscimento, diagnosi tempestiva e accurata, effettuazione delle valutazioni funzionali mediante test spirometrico e permette, con l'abolizione del piano terapeutico sui LABA/LAMA una maggiore appropriatezza terapeutica nella presa in carico dei pazienti BPCO. Con la pubblicazione della cosiddetta Nota 99, i MMG possono ora avviare la prescrizione di qualsiasi terapia inalatoria a eccezione della tripla terapia inalatoria nello stesso device, che mantiene purtroppo il piano terapeutico riservato agli specialisti operanti presso strutture identificate dalle regioni. Le più recenti revisioni sistematiche hanno dimostrato che la terapia inalatoria mediante doppia broncodilatazione con LABA/LAMA migliora in modo statisticamente significativo la funzione polmonare, la frequenza delle riacutizzazioni, la qualità di vita dei pazienti BPCO se confrontata con la monoterapia sia essa praticata con LABA o LAMA. Sulla base di queste considerazioni viene proposto questo studio multicentrico prospettico osservazionale nel setting della Medicina Generale per descrivere queste nuove opportunità di gestione dei pazienti.

OBIETTIVI DELLO STUDIO: Considerando il nuovo contesto, anche prescrittivo, introdotto dalla Nota 99 e con l'intento di generare dati sulla gestione della BPCO, sarà condotto uno studio clinico osservazionale prospettico multicentrico per descrivere il modello di trattamento dei pazienti con BPCO durante un periodo di osservazione di 6 mesi nel setting della Medicina Generale.

DISEGNO DELLO STUDIO: Studio osservazionale di coorte prospettico multicentrico in Italia su pazienti con BPCO. Campione target di circa 400 pazienti arruolati consecutivamente da circa 40 MMG italiani e osservati per i successivi 6 mesi.

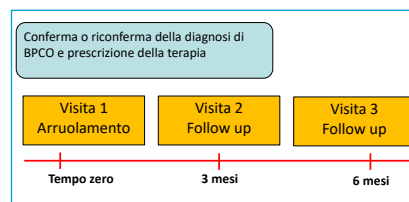
Criteri di inclusione:

- età compresa tra 40 e 80 anni;
- diagnosi di BPCO confermata dalla spirometria (rapporto FEV1/FVC < 0,70 dopo broncodilatazione) eseguita non più di due mesi prima dell'arruolamento post broncodilatatore;
- FEV1 > 50% del valore previsto;
- impatto rilevante sulla qualità della vita, misurato con punteggio CAT > 10;
- non più di una riacutizzazione moderata e nessuna esacerbazione grave seguita da ospedalizzazione, nell'ultimo anno;
- pazienti naïve o pazienti trattati per almeno tre mesi con SABA o SAMA o LABA o LAMA.

Saranno esclusi i pazienti che negli ultimi tre mesi hanno ricevuto un trattamento LABA/LAMA a dose fissa nello stesso device o in associazione aperta con inalatori separati.

I pazienti saranno osservati fino a 6 mesi dalla prima visita (Fig. 1).

FIGURA 1.
Disegno dello studio.



Saranno effettuate tre visite in totale presso lo studio del MMG per ciascun paziente: la visita di arruolamento (Visita 1), eseguita subito dopo la conferma o riconferma della diagnosi di BPCO e la prescrizione del trattamento (modifica o conferma per terapie in corso o nuove cure) e due visite di follow-up, dopo 3 mesi (Visita 2) e 6 mesi (Visita 3) dalla visita di arruolamento.

Indicatori: Durante ciascun contatto verranno valutati:

Endpoint primario:

- uso dei farmaci inalatori (indicatori: numero di prescrizioni di LABA, LAMA, SABA, SAMA, ICS);

Obiettivi secondari ed endpoint correlati:

- caratteristiche demografiche (Indicatori: età, sesso, gruppo etnico, statura, peso, BMI, abitudine tabagica, fattori di rischio occupazionali);
- quadro funzionale (indicatore: FEV1 e sue variazioni tra visita 1 e visita 3);
- quadro sintomatologico del paziente (indicatori CAT e mMRC);
- riacutizzazioni (indicatore: numero di riacutizzazioni moderate o gravi durante i sei mesi di osservazione).

DISCUSSIONE: I risultati di questo studio osservazionale contribuiranno a descrivere la gestione della BPCO nelle cure primarie nel nuovo scenario che si è delineato. In questo contesto, i MMG possono ora utilizzare autonomamente, nei pazienti sintomatici, combinazioni di farmaci con doppia broncodilatazione (LABA/LAMA) in un unico device inalatore). ciò è supportato da un solido razionale farmacologico e clinico, e presenta un'efficacia terapeutica superiore a quella dei singoli broncodilatatori sia rispetto alla funzionalità polmonare, sia rispetto ai sintomi e qualità della vita nei pazienti.

La descrizione di questo nuovo approccio da parte del MMG e della sua efficacia è l'obiettivo di questa ricerca.

Bibliografia

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Update 2022. Available from: <https://goldcopd.org>

Health Search – LPD Database
Italy: prevalence of COPD - ISTAT.

National Institute for health and Clinical Excellence (NICE). 2019. <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/ourprogrammes/nice-guidance/nice-guidelines>

Nici L, Mammen MJ, Charbek E, et al. Pharmacologic Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med* 2020;201:e56-e69. doi: 10.1164/rccm.202003-0625ST. Erratum in: *Am J Respir Crit Care Med* 2020;202:910.

Oba Y, Keeney E, Ghatehorde N, et al. Dual combination therapy versus long-acting bronchodilators alone for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: a systematic review and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;12:CD012620. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012620.pub2>

The Medicines Utilisation Monitoring Centre. National Report on Medicines use in Italy. Year 2020. Rome: Italian Medicines Agency 2021.

Dispnea in Medicina Generale: diagnosi differenziale ecografica

Marina Martella¹, Federica Ponzi²,
Bruno Bernardino³

¹ Medico di Medicina Generale ASL Teramo;

² Medico di Medicina Generale, ASL L'Aquila

- SIMG AQ; ³ Medico di Medicina Generale, ASL L'Aquila - SIMG AQ

L'emergenza COVID negli ultimi due anni ha mosso i passi verso lo sviluppo di una nuova medicina generale, dando spazio non solo alla "telemedicina", ma anche agli ultrasuoni per lo studio dell'apparato respiratorio, in particolare per la valutazione della dispnea.

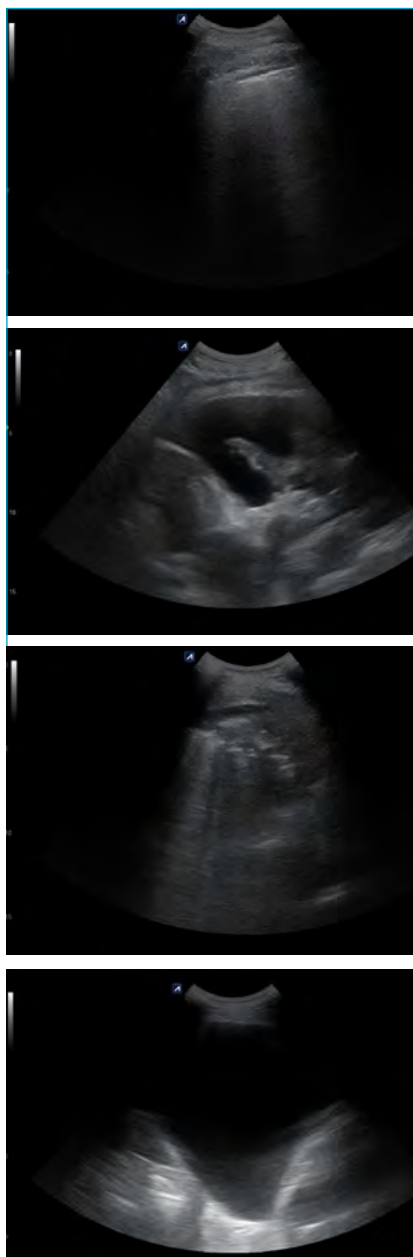
La pandemia ha dimostrato come l'ecografia toracica, da anni usata nella POCUS negli Stati Uniti, possa essere un valido strumento nello studio del polmone.

Al contrario dello studio ecografico classico (addominale, muscolotendineo, tiroideo) l'ecografia polmonare è prevalentemente funzionale, basata sugli artefatti e non sulla rappresentazione anatomica, permettendo di distinguere un reperto normale da un reperto patologico indipendentemente (in parte) dall'anatomia.

Qual è l'approccio alla dispnea, se abbiamo a portata di mano un ecografo?

Molte possono essere le cause di dispnea: escludendo le cause neuromuscolari di dispnea che in genere rappresentano uno step prevedibile e non estremamente ingravescente, le cause possono essere fondamentalmente due: polmonari e cardiocircolatorie

E da qui all'esame obiettivo con il fonendoscopio e alla clinica si può aggiungere l'ecografo, che ci può far vedere un interessamento polmonare parcellare con un consolidamento (se superficia-



pleurica dà origine a linee B ma non appare frastagliata e può essere sovrastata da versamento pleurico.

REVEAL-CKD: prevalenza della diagnosi di insufficienza renale cronica non diagnosticata in Italia

Anna Rita Maurizi¹, Valentina Mongelli¹, C. Garofano², S. Borrelli², Emily Peach³, Salvatore Barone³, Luca De Nicola²

¹ Medical Affairs, BioPharmaceuticals Medical, AstraZeneca, Italy, ² University Luigi Vanvitelli, Naples, Italy, ³ AstraZeneca Global Cambridge, United Kingdom

INTRODUZIONE: La diagnosi precoce di malattia renale cronica (MRC) è cruciale nel rallentare il progressivo declino della funzione renale. Ciononostante, rimane ampiamente sotto-diagnosticata soprattutto nei suoi stadi iniziali. Scopo dello studio REVEAL-CKD osservazionale, internazionale, è valutare la prevalenza della mancata diagnosi di insufficienza renale cronica (IRC) precoce (stadio 3).

MATERIALI E METODI: nell'analisi italiana dello studio sono stati valutati dati clinici estratti da cartelle cliniche elettroniche di 900 medici di medicina generale (MMG-fonte IQVIA, Italia) e da database amministrativi, per un totale di 1.2 milioni di pazienti di età ≥ 18 anni, nel periodo 2015-2021, con due valori di eGFR consecutivi

≥ 30 - < 60 ml/min/1,73 m² e registrati in un intervallo > 90 e ≤ 730 giorni. La data della raccolta del secondo valore di eGFR è stata definita come data indice. Pazienti senza codice diagnostico per MRC registrato precedentemente alla prima misurazione di eGFR e fino a 6 mesi dopo la seconda misurazione sono stati considerati pazienti non diagnosticati per MRC. La prevalenza di MRC non diagnosticata è stata calcolata come rapporto tra pazienti senza diagnosi e totale dei pazienti che hanno soddisfatto i criteri di inclusione.

RISULTATI: La coorte di studio includeva **65.676** pazienti con età media alla data indice di 79 anni (SD: 9 anni), di cui il 58% donne. La prevalenza complessiva di MRC non diagnosticata era del 77,0% (95% [CI]: 76,6, 77,3); maggiore nei pazienti con MRC di stadio 3a rispetto allo stadio 3b (83,0% vs 64,8%). Le donne e i pazienti di età > 65 anni avevano una maggiore prevalenza di MRC non diagnosticata con una variabilità compresa tra il 66,6% e il 75,7% nei pazienti con le diverse comorbidity. Il 15,5% dei pazienti senza diagnosi è stato diagnosticato con un tempo mediano alla diagnosi di 404 giorni (IQR: 389, 418 giorni), dopo la data indice.

CONCLUSIONI: l'analisi italiana di REVEAL-CKD mostra l'alta percentuale di pazienti con MRC allo stadio 3 non diagnosticati; soprattutto i pazienti più anziani, donne, con stadio 3, anche in presenza di comorbidity (diabete, insufficienza cardiaca e ipertensione).

TABELLA I.

Prevalenza della MRC non diagnosticata rispetto alle caratteristiche della popolazione al baseline.

Variabile	Totale (N)	CKD non diagnosticata (N)	Prevalenza CKD non diagnosticata (%) 95% CI
Totale	65.676	50.547	77.0% (76.6%, 77.3%)
Stadio			
3A	43.937	36.460	83.0% (82.6%, 83.3%)
3B	21.739	14.087	64.8% (64.2%, 65.4%)
Età (anni) al reclutamento			
<45	188	95	50.5% (43.2%, 57.9%)
45-64	3780	2.724	72.1% (70.6%, 73.5%)
65-74	14.264	10.976	77.0% (76.3%, 77.6%)
≥ 75	47.444	36.752	77.5% (77.1%, 77.8%)
Genere			
Donne	37.948	30.727	81.0% (80.6%, 81.4%)
Uomini	27.728	19.820	71.5% (70.9%, 72.0%)
Diabete			
No	44.376	34.762	78.3% (78.0%, 78.7%)
Sì	21.300	15.785	74.1% (73.5%, 74.7%)
Scompenso cardiaco			
No	59.298	46.299	78.1% (77.7%, 78.4%)
Sì	6.378	4.248	66.6% (65.4%, 67.8%)
Iperensione			
No	14.352	11.698	81.5% (80.9%, 82.1%)
Sì	51.324	38.849	75.7% (75.3%, 76.1%)

le subpleurico), un versamento polmonare, un interstiziopatia: in quest'ultima piccoli accorgimenti possono permettere di distinguere un'origine polmonare da una cardiogena, che sia da scompenso primitivo o da scompenso per esempio secondario a tromboembolia.

Al quadro normale di un polmone areato rappresentato da linee A parallele, si contrappone il quadro di interstiziopatia (tipico per esempio dell'infezione da SARS-CoV-2) con linee B più o meno numerose e più o meno confluenti che si staccano dalla linea pleurica che non è più lineare ma frastagliata, al contrario dell'edema polmonare cardiogeno in cui la linea

più elevato rischio cardiovascolare osservati nel sesso maschile.

INSIDE CKD: proiezione a 5 anni dell'impatto clinico della malattia renale cronica mediante l'utilizzo di un modello di microsimulazione

Valentina Mongelli¹, Anna Rita Maurizi¹, Silvio Borrelli², Carlo Garofalo², Francesco S. Mennini³, Luca De Nicola²

¹ Medical Affairs, BioPharmaceuticals Medical, AstraZeneca, Italia, ² University Luigi Vanvitelli, Naples, Italy; ³ University of Rome "Tor Vergata", Rome, Italy

RAZIONALE: La malattia renale cronica (MRC) è associata a un aumentato rischio di progressione allo stadio terminale, a eventi cardiovascolari e mortalità prematura. La gestione delle complicanze associate a MRC e a RRT (*renal replacement therapy*) hanno notevole impatto sui costi sanitari e sull'uso di risorse. Per la valutazione dell'impatto clinico ed economico è stato sviluppato un modello di microsimulazione "Inside CKD" per modellare il carico clinico di MRC in quattro paesi europei: Francia, Italia, Spagna e Regno Unito.

METODI: Sono stati raccolti i dati demografici, di prevalenza di MRC, RRT, comorbidità e complicanze cardiovascolari. Per i dati non disponibili, è stato utilizzato un algoritmo predefinito in grado di identificare i dati proxy adeguati. Gli stadi di MRC sono stati definiti in base alle linee guida KDIGO 2012 e i pazienti classificati in base all'eGFR e allo stato di albuminuria. Il declino dell'eGFR descritto in letteratura è stato utilizzato per determinare il tasso di progressione della MRC. Quando possibile, la modellazione RRT è stata calibrata rispetto alle tendenze storiche da registri renali specifici per paese.

RISULTATI: Tra il 2021 e il 2026, il modello prevede che la popolazione affetta da MRC aumenterà da 3,9 M a 4,4 M in Italia, da 8,4 M a 9,6 M in Francia, da 3,7 M a 4,2 M in Spagna e da 9,2 M a 9,6 M in UK. Entro il 2026, la prevalenza di pazienti con MRC su 100.000 persone aumenterà del 14,7% in Italia, del 12,9% in Francia, del 13,5% in Spagna e del 2,7% in UK. Inoltre, si prevede che il profilo della MRC cambierà nel tempo con incrementi negli stadi più avanzati di CKD (stadi 3b-5). Si stima che il numero annuale di casi di RRT aumenterà da 73370 a 84671 in Italia, da 90841 a 95277 in Francia, da 71873 a 77873 in Spagna e da 69796 a 74948 in UK.

CONCLUSIONE: Le proiezioni di INSIDE CKD indicano che la prevalenza di MRC e RRT

aumenterà nei prossimi 5 anni, ponendo una sfida significativa per la salute pubblica in Europa. Dovrebbero, pertanto, essere attuate politiche economico-sanitarie volte all'intervento precoce al fine di rallentare la progressione della malattia e ridurre gli oneri economici.

TAPAS (Terapie Armonizzate Per Anziani in Struttura): la gestione della somministrazione dei farmaci triturati

D. Mourglia¹, S. Fina², F. Gennaro², S. Miozzo²

¹ Medico di Medicina Generale, Geriatra, Luserna San Giovanni; ² Medico di Medicina Generale, Asl TO3 Distretto Val Pellice

INTRODUZIONE: Nelle RSA la polifarmacoterapia è un fenomeno frequente per motivi noti e ben descritti nella letteratura scientifica. Il medico di medicina generale, che ha in carico gli assistiti di una casa di riposo, dovrebbe periodicamente revisionare le terapie dei propri pazienti alla luce delle indicazioni di letteratura, del rischio di effetti collaterali, le interazioni farmacologiche, l'aumento del rischio cadute o del declino cognitivo, della aspettativa e qualità di vita del paziente e quando possibile anche dei suoi desideri.

Il progetto TAPAS intende armonizzare le terapie farmacologiche di 90 ospiti della Casa di Riposo Pro Senectute di Luserna San Giovanni (TO) attraverso l'analisi delle terapie somministrate per rivalutarne le indicazioni cliniche e le modalità di somministrazione in funzione dei bisogni dell'assistito.

In questo lavoro è stata analizzata la somministrazione di farmaci triturati al fine di verificare la scelta delle molecole, le rispettive interazioni e i rischi legati a eventuali sovradosaggi, sottodosaggi, contaminazioni o degradazione dei rispettivi principi attivi.

MATERIALI E METODI: Si è proceduto alla ricognizione della modalità di somministrazione della terapia attraverso l'analisi del software gestionale in uso nella struttura ed è stata quindi effettuata una analisi di tipo descrittivo delle terapie dei pazienti per i quali era prevista la triturazione. Nell'analisi critica per ogni singolo paziente ci si è avvalsi dei dati presenti in scheda tecnica, del software Intercheck e dei dati della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera (SIFO).

RISULTATI: Ai 31/8/2022 su 90 ospiti totali dell'RSA 21 assumevano la terapia in forma triturata (8 uomini e 13 donne), con un'età media di 89 anni (max 100, min 73, mediana 88) e un numero medio di molecole triturate di 5 (max 8, min 2, mediana 4).

Dall'analisi delle schede terapie sono emerse numerose criticità soprattutto per quanto riguarda alcune classi terapeutiche, in particolare:

- beta-bloccanti: bisoprololo, carvedilolo e metoprololo non presentano in ST la possibilità della frantumazione, a differenza dell'atenololo;
- cardioASA: le compresse prevedono una formulazione gastroresistente per cui non è prevista la triturazione, da valutare la sostituzione con acetilsalicilato di lisina 160 mg;
- DOAC: solo per il rivaroxaban è prevista in ST la possibilità di frantumazione della compressa mescolandola con un po' d'acqua o purea di mele immediatamente prima dell'uso;
- alendronato e dutasteride: la frammentazione delle compresse espone il paziente a un maggior rischio di irritazioni e ulcerazioni allo stomaco ed esofago;
- PPI: per quanto riguarda l'omeprazolo ed esomeprazolo le capsule non devono essere masticate o frantumate tuttavia gli operatori sanitari possono aprirle facendo deglutire il contenuto con mezzo bicchiere di acqua, oppure mescolate con liquidi leggermente acidi, come ad esempio succhi di frutta o purea di mele o acqua non gasata; per il pantoprazolo non è prevista questa possibilità di somministrazione.

CONCLUSIONI: La ricognizione terapeutica dei pazienti con terapie triturate ha consentito di analizzare alcune criticità e rivalutare per ogni singolo paziente, in modo sartoriale, la reale necessità di ogni singola terapia, la compatibilità con la somministrazione congiunta di cibo o bevande ed eventualmente di apportare delle modifiche con alternative maggiormente sicure dal punto di vista dei possibili effetti collaterali e della farmacocinetica.

TAPAS (Terapie Armonizzate Per Anziani in Struttura): gestione dell'insonnia e della agitazione psicomotoria in una RSA

D. Mourglia¹, S. Fina², F. Gennaro², S. Miozzo²

¹ Medico di Medicina Generale, Seriatra Luserna San Giovanni; ² Medico di Medicina Generale, Asl TO3 Distretto Val Pellice

INTRODUZIONE: Nelle RSA la polifarmacoterapia è un fenomeno frequente per motivi noti e ben descritti nella letteratura scientifica. Il medico di medicina generale, che ha in carico gli assistiti di una casa di riposo, dovrebbe periodicamente revisionare le terapie dei propri

pazienti alla luce delle indicazioni di letteratura, del rischio di effetti collaterali, le interazioni farmacologiche, l'aumento del rischio cadute o del declino cognitivo, della aspettativa e qualità di vita del paziente e quando possibile anche dei suoi desideri.

Il progetto TAPAS intende armonizzare le terapie farmacologiche di 90 ospiti della Casa di Riposo Pro Senectute di Luserna San Giovanni (TO) attraverso l'analisi delle terapie somministrate per rivalutarne le indicazioni cliniche in funzione dei bisogni dell'assistito.

In questo lavoro sono state analizzate le prescrizioni terapeutiche, farmaci continuativi e al bisogno, per la gestione dell'insonnia e della agitazione psicomotoria nell'anziano al fine di verificare la scelta delle molecole e la modalità di somministrazione, in considerazione dei rischi e dei benefici.

MATERIALI E METODI: Sono stati considerati solo gli 84 ospiti della RSA con età >75 aa. Si è proceduto alla ricognizione della terapia attraverso l'analisi dei fogli terapia utilizzando il software in uso nella struttura e si è scelto di analizzare i principi attivi per il trattamento dell'insonnia e dell'agitazione psicomotoria con attenzione all'uso della terapia al bisogno. Per entrambi i problemi è stata esaminata l'indicazione, la posologia e le modalità di somministrazione dei farmaci in uso, il n° delle somministrazioni della terapia al bisogno per 30 giorni.

RISULTATI: Degli 84 ospiti della RSA > 75 aa (21 uomini e 63 donne con età media di 88 aa) 20 avevano solo il problema insonnia, 12 solo agitazione psicomotoria, 27 entrambi i problemi. Tra i pazienti con solo insonnia 1 assumeva BDZ a breve emivita, 6 a emivita medio/lunga, 3 entrambe, 1 un SSRI, 4 SSRI+BDZ a emivita medio/lunga, 6 trazodone, 3 un'antipsicotico. Dei 27 soggetti con entrambi i problemi: 7 assumevano BDZ a breve emivita, 14 a emivita medio/lunga, 3 entrambe le BDZ; in 10 di questi pazienti veniva aggiunto anche trazodone e antipsicotico, mentre 8 il solo antipsicotico. Il 100% di questi soggetti era in terapia continuativa e 6 hanno assunto anche la terapia al bis. Dei 12 con sola agitazione: 5 assumevano terapia continuativa e 3 terapia al bisogno. Sono state somministrate 101 terapie al bis. In 11 assistiti, tutte in accordo a quanto indicato del curante (agitazione e wandering). Dall'analisi emerge che, in questi pazienti, l'agitazione psicomotoria prevale rispetto all'insonnia ed essa è gestita con una terapia continuativa (trazodone e quetiapina) mentre episodi singoli di agitazione sono gestiti con la promazina. Nell'insonnia i farmaci più prescritti sono trazodone e BDZ a media/lunga emivita in contrasto con le indicazioni al trattamento dell'insonnia. Dopo la ricognizione

terapeutica si è provveduto a riformulare le prescrizioni in base ai bisogni dei pazienti – ad es. alto n° di somministrazioni di terapia al bis in un paziente indica la necessità di rivedere la terapia di fondo o il cospicuo uso di BDZ a lunga emivita dovrebbe indurre a modificare la scelta della molecola se non si riscontrano altre motivazioni –. Si evidenzia pertanto come un'attenta analisi della terapia può favorire la armonizzazione delle prescrizioni spostando le scelte terapeutiche verso farmaci meno dannosi per gli anziani.

CONCLUSIONI: La ricognizione terapeutica ha consentito di riflettere sulle scelte delle molecole e rivalutare per ogni singolo paziente, in modo sartoriale, quale farmaco utilizzare per il controllo dell'insonnia e dell'agitazione psicomotoria in alcuni casi anche in contrasto con le indicazioni di letteratura ma più consone ai bisogni del paziente.

Strategie per superare il disconoscimento della vulvodinia: il ruolo della Medicina Generale

Raffaella Novelli

La vulvodinia è una sindrome caratterizzata da dolore cronico localizzato nell'area vulvare. Colpisce il 12-15% delle donne nel corso della loro vita e si stima che in Italia ne soffra circa una persona assegnata femmina alla nascita ogni 7, ossia circa 4 milioni di persone. Si tratta dunque di un disturbo diffuso, che ogni medico di famiglia e ogni ginecologo possono osservare nella propria pratica clinica quotidiana, ma allo stato attuale può restare non diagnosticata e non curata per anni.

Eziologia: Il dolore vulvare ha eziologia multifattoriale. Ha origine da un'ipersensibilità delle terminazioni nervose vestibolari, scatenata da un'alterata risposta a stimoli infiammatori ripetuti, con il fattore aggravante, od in parte scatenante, di una ipercontrattilità della muscolatura del pavimento pelvico, generando dolore e impedendo alla donna molte attività della propria vita quotidiana.

Epidemiologia: Solo il 60% delle donne che riferiscono dolore vulvare cronico cercano un trattamento e circa la metà di queste donne non ricevere mai una diagnosi. Inoltre, è probabile che le donne che cercano assistenza medica si sentano stigmatizzate e incontrino svariati ostacoli nella ricerca di aiuto. Nel 2019 uno studio epidemiologico Europeo ha definito che più del 70% dei dolori vulvari sarebbe riconducibile a vulvodinia ma solamente il 10-25% riceve una diagnosi corretta alla prima visita gineco-

logica. È inoltre emerso che circa il 45-65% dei ginecologi non ha conoscenze specifiche sulla patologia e quasi il 20% dei ginecologi la conosce ma non si sente all'altezza di iniziare un trattamento. Soltanto il 20% dei ginecologi intervistati riferisce di conoscere la vulvodinia e di saper iniziare un trattamento adeguato.

DIAGNOSI: Alla diagnosi si giunge per esclusione differenziale da infezioni, infiammazioni dermatologiche, neoplasie vulvari, disturbi neurologici, traumi, dolore iatrogeno a seguito di trattamenti medici in zona pelvica o carenze ormonali.

TRATTAMENTO: Il trattamento della vulvodinia necessita di un **approccio olistico, multimodale** (nell'uso di più terapie, in modo coordinato) e **multidisciplinare** (prevedendo la partecipazione di più discipline mediche). Oltre alle misure terapeutiche farmacologiche, chirurgiche e riabilitative, è importante un lavoro di prevenzione degli stimoli di trigger del dolore neuropatico vulvare.

LA TESI: Sulla vulvodinia sono stati recentemente accesi i riflettori dei social media allo scopo di una sensibilizzazione sociale, politica e sanitaria, accusando anche il Sistema Sanitario Nazionale dell'assenza di un'adeguata proposta diagnostica e terapeutica specifica. Obiettivo di questo lavoro è tracciare le possibili strategie che il medico di medicina generale può utilizzare per intercettare i bisogni di cura delle proprie pazienti, oltre che divulgare norme igienico-comportamentali e saper correttamente indirizzare verso i corretti percorsi di diagnosi e cura, al fine di colmare il ritardo diagnostico e l'esigua offerta terapeutica attuale. È stata effettuata una breve indagine sull'effettiva conoscenza e consapevolezza della malattia, fra la classe medica di questo territorio. Sono state raccolte 124 risposte in totale, di cui 123 utili, fra medici di diverse fasce d'età, di cui il 68,3% di genere femminile. Gli intervistati hanno addotto la causa del ritardo diagnostico alla mancata richiesta da parte delle pazienti (85,4%), ma anche alla scarsa conoscenza della patologia da parte della maggior parte dei professionisti sanitari (66,7%). Sebbene si tratti di una patologia diffusa, viene confermato il rapporto sfavorevole fra la prevalenza della patologia e la formazione del personale medico, dato internazionale già emerso dalla letteratura.

CONCLUSIONI: La vulvodinia è una sindrome dolorosa trascurata, sebbene molto diffusa. Coinvolge due aspetti che creano disagio nell'operatore sanitario medio: il dolore cronico e la salute sessuale. Emerge un urgente bisogno di implementare la **formazione del personale sanitario**, mediante corsi di formazione FAD, seminari e newsletter. In uno spirito di **medici-**

na di iniziativa, tra le strategie per intercettare i bisogni di cura delle proprie pazienti, nella sala d'attesa dello studio di Medicina Generale come negli istituti scolastici aderenti alle iniziative di Educazione Sessuale, si potrebbero posizionare dei poster e/o degli opuscoli informativi (vedi Appendice) che possano indagare eventuali sintomi, oltre che divulgare norme igienico-comportamentali. D'altra parte, si potrebbero includere delle domande di routine sui sintomi vulvovaginali durante le raccolte anamnestiche delle visite sia di medicina generale che ginecologiche, che permettano al professionista sanitario di indagare al meglio lo stato di salute della propria assistita e al contempo informino la stessa su quali sintomi genitali siano suggestivi di un disturbo, le varie diagnosi che possono verificarsi e i trattamenti disponibili. Si tratta, effettivamente, di una patologia specialistica che sino a ora, però, ha riscontrato un vuoto nell'offerta di ascolto, di diagnosi e di cure. Nel contesto di un approccio olistico e globale al paziente, il ruolo del medico di medicina generale dovrebbe colmare questo spazio vuoto che esita in una difficoltà di concreto accesso alle cure.

La salute della popolazione LGBT+. Gestione nell'ambulatorio del medico di famiglia

Rosa Pedale, Patrizia Mascolo, Maurizio Cancian, Ignazio Grattagliano, Claudio Cricelli
SIMG

La popolazione LGBT+ rappresenta dal 5% al 10% dei nostri pazienti. Solitamente persone invisibili che mal volentieri si recano dal medico perché temono di non avere risposte adeguate alle loro richieste, soprattutto quando queste diventano specifiche come per le persone transgender. Spesso la decisione di iniziare il percorso di cambiamento del proprio corpo, provoca ansia e depressione e necessita da parte del medico di famiglia di una attenta e preparata presenza.

La Medicina Generale è un osservatorio privilegiato sulla realtà territoriale e sociale. Innanzitutto il medico di medicina generale (MMG) è medico della persona, ma è anche medico della famiglia, questo significa che può diventare alleato prezioso per tutt* i/le ragazz* che hanno una identità di genere non coincidente con il sesso biologico. L'abbraccio della famiglia è indispensabile per persona in transizione, lo è fin dall'inizio, nell'affrontare i giudizi delle persone che sono intorno ai/alle ragazz* transgender e lungo

tutto il viaggio che conduce alla identificazione del genere sentito.

Prendersi cura di queste persone significa seguirli nei percorsi di malattie per così dire, generiche (ipertensione/diabete/BPCO) ma e soprattutto prepararsi e formarsi all'approccio di patologie specifiche inerenti il loro percorso di transizione, come il rischio cancerogeno legato al sesso biologico: K prostatico nelle donne trans - K cervice uterina e K mammella negli uomini trans, per il 30% diagnosticate in ritardo. Un medico formato e preparato può sollecitare lo screening e quindi contribuire a diagnosi precoci.

Ma ancora, prendersi cura della persona transgender significa accompagnarli per tutta la vita nel lungo percorso di transizione, informandoli e seguendoli nel tempo non solo durante gli interventi chirurgici, ma anche con un monitoraggio clinico e biologico necessario per la terapia ormonale.

La survey avviata nel novembre del 2021 dal Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con la Fondazione The Bridge e la SIMG, per verificare i livelli di conoscenza dei MMG in tema di benessere e salute delle persone transgender, ha mostrato una classe medica attenta e sensibile, che necessita di formazione specifica per essere sempre più pronta a realizzare il compito di prevenzione e cura della Salute della popolazione LGBTQUI.

Le lezioni di attività interdisciplinaria e del C.F.T. organizzato dall'Ordine dei Medici di Foggia già da due anni includono, tra le altre discipline, anche una formazione interessata alle problematiche della Salute della Popolazione LGBT+. Esperienza da confrontare e condividere.

Effetto della nota 97 sulle prescrizioni di farmaci per la prevenzione dell'ictus cardioembolico: i dati di una medicina di gruppo a Milazzo (ME)

G. Pensabene, D. Italiano, L. Di Geronimo
SIMG Messina

INTRODUZIONE: Nei pazienti con fibrillazione atriale è indicata una terapia anticoagulante per la prevenzione dell'ictus cardioembolico. Tuttavia alcuni pazienti continuano ad assumere una terapia con antiaggreganti o addirittura sospendono ogni terapia. Dal 2012 sono stati introdotti in Italia i nuovi anticoagulanti ad azione diretta (DOAC), che sono ormai la prima scelta nei pazienti con fibrillazione atriale non valvolare. I pazienti con insufficienza renale grave o fibril-

lazione valvolare dovrebbero invece assumere terapia con dicumarolici. Nel mese di giugno 2020 è stata introdotta la nota AIFA 97, che ha esteso anche ai MMG la prescrizione autonoma dei DOAC, senza piano terapeutico specialistico. Obiettivo di questo studio è valutare l'effetto della nota 97 sui trattamenti prescritti a pazienti con fibrillazione atriale non valvolare in una medicina di gruppo a Milazzo.

MATERIALI E METODI: sono stati estratti i dati prescrittivi relativi all'anno 2019, prima della introduzione della nota 97, e confrontati con le prescrizioni nell'anno 2021, a nota ormai introdotta. Per l'estrazione dei dati sono stati utilizzati i codici ICD9 relativi alla fibrillazione atriale non valvolare, e sono stati considerati i seguenti farmaci: acido acetil-salicilico, ticlopidina, clopidogrel, ticagrenol, prasugrel, warfarin, acenocumarolo, rivaroxaban, apixaban, edoxaban, dabigatran. È stata realizzata una statistica descrittiva per confrontare le frequenze relative dei farmaci prescritti nei due periodi.

RISULTATI: Nel 2019 il 78,4% dei pazienti con FANV afferenti presso la nostra medicina di gruppo assumeva DOAC; tale percentuale saliva al 91,8% nel periodo post nota. Gli antiaggreganti praticamente dimezzavano la loro frequenza di prescrizione dopo l'introduzione della nota, passando dal 10,8 al 5,2%. Ancora più rilevante è stato il calo delle prescrizioni di AVK, che si riducevano dal 10,8% del periodo pre-nota al 3% del periodo post-nota 97.

CONCLUSIONI: Questi dati sembrano suggerire che la nota 97 abbia facilitato la prescrizione di DOAC, a detrimento delle prescrizioni di AVK e antiaggreganti. Particolarmente significativo appare il calo delle prescrizioni di AVK. Ulteriori studi con maggiore numerosità campionaria sono auspicabili per confermare questi dati.

Il "Palliative Care Box": progetto di integrazione ospedale-territorio per i pazienti in assistenza domiciliare di cure palliative

Silvia Perosino

INTRODUZIONE: Sulla base delle evidenze della letteratura, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza del paziente in cure palliative assistito a domicilio, il "Palliative Care Box" è un progetto attivo nella S.S. Cure Palliative del territorio dell'ASL di Asti: prevede un piano condiviso di cure e la consegna ai pazienti in Assistenza Domiciliare integrata - Unità Operativa di Cure Palliative (ADI-UOCP) di una scatola contenente i farmaci per la gestione dei sintomi più frequenti

nel fine vita (dolore, dispnea, agitazione, nausea, vomito, rantolo terminale, sanguinamento e crisi epilettiche), valutando diverse vie di somministrazione (orale e sottocutanea per il caregiver; parenterale per l'operatore sanitario), includendo farmaci off label di impiego consolidato in cure palliative.

È anche presente un kit di sedazione palliativa, da utilizzare in presenza di sintomo refrattario, esclusivamente a disposizione del personale sanitario.

La consegna del "Palliative Care Box" è prece- duta da un corso di formazione del caregiver, finalizzato al riconoscimento e alla gestione dei sintomi e all'acquisizione di una maggiore con- sapevolezza sulla possibilità di affrontare il fine vita a casa.

Lo scopo dello studio è stato valutare il percepito del "Palliative Care Box" da parte dei medici di medicina generale (MMG) e medici di continui- tà assistenziale dell'ASL di Asti come supporto nella gestione domiciliare dei sintomi dei pazienti terminali in ADI-UOCP e come strumento di mag- giore consapevolezza riguardo la possibile termi- nalità del malato da parte del caregiver.

MATERIALI E METODI: Sono stati arruolati i 180 medici che lavorano nel territorio dell'ASL di Asti come MMG o medici di continuità assistenziale.

A ognuno è stato inviato via mail un questionario, formato da 9 domande, realizzato in collabora- zione con la S.S. Cure Palliative dell'Ospedale di Asti, creato con Moduli Google. Le risposte alle nove domande sono state caricate in foglio elettronico in ambiente Microsoft Excel, dove sono stati analizzati i dati e creati i grafici.

RISULTATI: La maggior parte dei medici (96%) ha avuto esperienza nella gestione a domicilio di pazienti in cure palliative.

Tutti i medici riconoscono che il "Palliative care box" sia un utile strumento nella gestione dei sintomi e della terminalità a domicilio, nel con- sapevolizzare il caregiver riguardo la terminalità e nel ridurre le ospedalizzazioni.

La dispnea, la fragilità del caregiver e il dolore sono le principali cause di accesso in Pronto Soccorso.

CONCLUSIONI: La disponibilità di un kit di far- maci a domicilio valorizza la possibilità di gestio- ne della terminalità a casa fino alla morte, ridu- cendo al contempo l'ospedalizzazione e i costi; si conferma, quindi, la necessità di una presa in carico multidisciplinare del paziente in ADI- UOCP e della sua famiglia.

Il MMG è una figura professionale imprescin- dibile tra l'équipe di cure palliative e gli infer- mieri territoriali da un lato e il nucleo familiare dall'altro.

Rilevazione e analisi dei fabbisogni formativi in tema di benessere e salute della popolazione transgender: survey nazionale dedicata ai medici di medicina generale

Marina Pierdominici¹, Matteo Marconi¹, Angela Ruocco¹, Luciana Giordani¹, Maria Teresa Pagano¹, Luisa Brogonzoli², Rosa Pedale³, Maurizio Cancian³, Ignazio Grattagliano³, Claudio Cricelli³

¹ Centro di Riferimento per la Medicina di Genere, Istituto Superiore di Sanità; ² Fondazione The Bridge; ³ SIMG

INTRODUZIONE: Transgender è un termine ombrello usato per descrivere quelle persone la cui identità di genere non è percepita come allineata al genere assegnato alla nascita. In alcuni casi l'incongruenza di genere si associa a profonda sofferenza, ansia, depressione. Alcune persone transgender decidono di intervenire sul proprio corpo per renderlo più simile a come si sentono. In linea con le raccomandazioni inter- nazionali, questo percorso coinvolge un'équipe multidisciplinare di cui il medico di medicina generale (MMG) rappresenta la prima interfaccia e che offre ai cittadini un approccio personaliz- zato, integrato e continuativo.

La letteratura scientifica ha sottolineato che le persone transgender molto spesso sono costret- te a subire diverse forme di discriminazione con conseguenti difficoltà nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari a causa di mancata formazio- ne da parte degli operatori sanitari. D'altra parte, lavorare con le persone transgender richiede specifiche competenze che i percorsi formativi non forniscono.

Questa carenza formativa rappresenta una grande lacuna per tutti gli operatori sanitari. Al riguardo, il Centro di Riferimento per la Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con l'Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali - Presidenza del Consiglio dei Ministri e con il sup- porto di Fondazione The Bridge, ha predisposto una *survey* nazionale finalizzata a verificare i livelli di conoscenza dei MMG sulla tematica relativa al benessere e alla salute delle persone transgender.

MATERIALI E METODI: Questionario, in formato elettronico a domande chiuse e aperte, validato mediante *focus group*. Compilazione on line, in forma anonima, mediante utilizzo di una piat- taforma web (IdSurvey). Data inizio settembre 2021 - data chiusura settembre 2022. A oggi hanno risposto 629 MMG.

RISULTATI: I dati preliminari indicano una clas- se medica che per il 33% è consapevole della

presenza tra i/le propri/ie pazienti di persone transgender e con una discreta conoscenza della terminologia specifica. La richiesta di programmi formativi è alta, tanto che il 30% li richiede come processo formativo obbligatorio e il 66% come formazione facoltativa.

CONCLUSIONI: I risultati definitivi contribuiranno a fornire indicazioni per una programmazione in ambito formativo più mirata col fine ultimo di una più efficace presa in carico dal punto di vista sanitario della popolazione transgender.

Uso dell'UKPDS risk engine per il calcolo del rischio cardiovascolare nel diabete 2

G. Poccia¹, F. Ponzi², B. Mariani², B. Bruno²

¹ Diabetologo, UCCP Montereale (L'Aquila); ² SIMG L'Aquila

La malattia cardiovascolare (CVD) rappresen- ta la principale causa di ricovero e di morte nei pazienti affetti da diabete mellito tipo 2 (DM2): il 30% dei ricoveri è per ictus; il 32% per infarto del miocardio e circa il 70% muore per CVD. Attualmente, circa il 10-15% di tutti i decessi al mondo riconosce una causa diretta nel DM2. Il motivo di questa stretta relazione tra patologia metabolica e CVD sembra esse- re legato all'insulino-resistenza che accelera i processi aterosclerotici. Il DM2 è un fattore di rischio indipendente per le CVD: più 1,7-4,5 negli uomini e 1,8-9,5 nelle donne rispetto a una popolazione senza DM2. Per quanto sopra, è di vitale importanza poter calcolare il rischio cardiovascolare (CV) nei nostri P. al fine di pre- venire gli effetti collaterali e personalizzare i trattamenti spesso poco incisivi nei P. ad alto rischio e inappropriati in quelli a basso rischio. Diversi sono gli algoritmi utilizzati per calcolare il rischio CV, ma l'*UKPDS risk engine*, sembra essere il più completo, visto che tiene conto tra le variabili anche dei valori dell'HBA_{1c} e della durata della patologia. Abbiamo calcolato l'*UKPDS risk* in una popolazione di 222 P con cartelle cliniche complete affetti da DM2 seguiti presso l'UCCP di Montereale (ASL 201 Abruzzo, L'Aquila) e, in più, abbiamo confrontato i singoli punteggi con l'indice di Charlson, che valu- ta la sopravvivenza a 10 anni nei P affetti da comorbidità multiple, e la classificazione della malattia renale cronica (KDIGO). I risultati della nostra indagine indicano che esiste una corre- lazione significativa tra rischio di CHD e: età, durata del DM2, gravità della malattia renale e indice di Charlson. Soltanto il 50% dei P con un rischio elevato sono in terapia con i nuovi

farmaci antidiabetici prescrivibili con la nota 100. Per il rischio di ictus, esiste una correlazione con l'età e indice di Charlson, anche se la significatività è inferiore rispetto alla CHD. Mentre esiste una stretta correlazione, maggiore rispetto al rischio di CHD, tra rischio di ictus e: grado di malattia renale, durata del DM2 e la presenza di fibrillazione atriale. Questi P sono in trattamento con i farmaci della nota 100 nel 65% dei casi. Un elevato rischio di malattie CV è presente in oltre il 50%, una percentuale sicuramente più alta rispetto a studi precedenti che hanno analizzato una popolazione di diabetici con un'età media inferiore: quella dei nostri P è di 70.3 anni. Nell'attività del medico di medicina generale, particolare rilevanza riveste la stratificazione del rischio CV soprattutto della popolazione diabetica. Un'attività strutturata e proattiva in tal senso può determinare un trattamento più efficace dei fattori di rischio CV, una più precoce individuazione di eventuali danni d'organo con conseguenti interventi mirati e in ultima analisi una riduzione dell'incidenza degli eventi avversi.

La gestione della BPCO nel territorio durante la pandemia COVID-19

F. Ponzi¹, B. Bruno¹, L. Feliciani², M. Balocchi, P. Falchi², A. Giusti²

¹ SIMG L'Aquila, ² ASL 201 Abruzzo

L'OMS stima un continuo aumento della prevalenza della BPCO che nel 2020 ha raggiunto il terzo posto per mortalità, dopo le patologie cardiovascolari e tumorali. L'invecchiamento progressivo della popolazione rappresenta il principale responsabile di questo incremento. Anche in Italia, negli ultimi 25 anni, la prevalenza è raddoppiata: 2,81% nel 2021 (Health Search), con una variabilità tra le varie regioni. Tuttavia una corretta stima è difficile da ottenere a causa della grande variabilità dei sintomi e della difficoltà a eseguire un esame spirometrico, fondamentale per una corretta diagnosi. Negli ultimi 15 anni abbiamo assistito a una drammatica riduzione dei posti letto e la pneumologia è la disciplina maggiormente colpita: -50%. Inoltre, nel corso della pandemia COVID-19, il reparto di Pneumologia del nostro ospedale di riferimento è diventato un reparto per cronici, con una drastica riduzione dei vari ambulatori: spirometria, test del cammino etc. Presso la nostra UCCP di Montereale (AQ) che segue una popolazione di circa 5000 abitanti, distante più di 30 km dall'ospedale, abbiamo registrato un crollo della percentuale dei P. con BPCO che

avevano registrato in cartella un esame spirometrico: dal 73 all'8,3%! L'esame spirometrico è di fondamentale importanza per la definizione dell'iter diagnostico, la stadiazione e la terapia della BPCO. L'esecuzione di tale esame permette di intercettare pazienti non diagnosticati e seguirli nella evoluzione della malattia. Con la attiva collaborazione della ASL 201 Abruzzo che ha messo a disposizione due infermieri formati, è stato attivato un ambulatorio settimanale per la spirometria, utilizzando lo spirometro Mir Spirobank II. Ogni esame è stato preceduto da un tampone rapido antigenico per SARS-CoV-2. Nei primi 4 mesi di attività, aprile-luglio 2022, abbiamo eseguito 84 spirometrie. La percentuale dei P. BPCO con esame registrato è risalita al 61%. I P. che non hanno avuto una riacutizzazione, il 71%, e il 90% non si è recato presso il Pronto Soccorso di riferimento. Anche l'aderenza alla terapia è risalita, > 30%. La spirometria semplice eseguita presso lo studio del MMG può risolvere la maggior parte dei quesiti clinici senza ricorrere a indagini più complesse, con un notevole risparmio di risorse e un abbattimento delle liste di attesa; far emergere i soggetti a rischio; aumentare la percezione della gravità della malattia da parte del medico e del paziente. Infine, la possibilità di avere un ambulatorio dedicato con personale formato è fondamentale per migliorare l'aderenza alla terapia: la BPCO è tra le patologie croniche a più alta prevalenza di interruzione della terapia con le relative conseguenze. Non ultimo, esiste un problema burocratico: la nota 99, recentemente approvata dall'AIFA, che regola la rimborsabilità dei farmaci per la BPCO, richiede almeno un esame spirometrico annuale per il paziente.

Abstract

Federica Ponzi

SIMG L'Aquila

PREMESSE: In considerazione del ruolo sempre più centrale svolto dalla prevenzione in ambito medico abbiamo voluto confrontare con il presente studio il comportamento di un campione di medici della provincia di Palermo e un campione di medici dell'Emilia Romagna al fine di valutarne le condizioni di salute globale e la propensione alla prevenzione sia rivolta alla propria persona sia nella pratica clinica.

METODI: È stato sviluppato un questionario sulla piattaforma online "Moduli di Google" avente come campione di riferimento i medici di medicina generale (MMG) della Provincia di Palermo e dell'Emilia Romagna. Lo strumento utilizzato prevede quesiti basati su domande a risposte

multipla e/o dicotomiche. Il questionario, al fine di valutare meglio i dati, è stato diviso in tre macroaree.

RISULTATI: Dall'analisi dei dati della prima area, che valuta le condizioni di salute globale e la propensione alla prevenzione rivolta alla propria persona, è emerso come la maggior parte del Campione sia in sovrappeso o presenti una franca obesità correlata nella maggior parte dei casi alla mancata pratica di attività fisica in maniera assidua o totale.

Nella seconda macroarea, che analizza la propensione del campione a eseguire metodiche di screening ed esami di routine, volti all'identificazione precoce delle patologie di principale interesse clinico, troviamo come la maggior parte del campione affermi di non aver mai eseguito una spirometria, mentre tra coloro che la eseguono periodicamente troviamo che il 4,7% risulti essere affetto da BPCO. In maniera analoga risulta come l'11,6% non abbia mai eseguito un controllo della glicemia basale e dall'altro lato come un 5% del campione risulti diabetico.

Infine nell'ultima parte vediamo come una buona percentuale del campione si avvalga di strumenti di screening per diagnosticare o valutare le principali patologie di interesse clinico.

CONCLUSIONI: Possiamo affermare che sebbene i MMG tendano a presentare personalmente fattori di rischio in una discreta percentuale e non si sottopongono frequentemente a un completo check-up per le principali patologie, nella propria attività clinica abbiano una buona attitudine ad applicare metodiche di screening e prevenzione.

ABI e IMT: un indice combinato per la valutazione del rischio

Federica Ponzi¹, Bernardino Bruno¹, Federica Tancredi¹, Marina Martella²

¹ SIMG AQ - MMG AQ; ² MMG TE

Le malattie cardiovascolari (CV) rappresentano ancora la prima causa di morte nel mondo, con circa 17 milioni di decessi l'anno.

Negli ultimi anni nella valutazione del rischio CV ha assunto un ruolo di rilievo lo spessore Intima Media della parete arteriosa carotidea (IMT). L'IMT della parete arteriosa è la distanza tra la linea iperecogena interna della parete vasale (interfaccia sangue-intima) e la linea iperecogena esterna (interfaccia media-avventizia), ed è un marker precoci delle prime alterazioni correlate all'aterosclerosi. L'IMT è da considerarsi un marker per misurare l'impatto dei diversi fattori di rischio che assume rilievo soprattutto nei pazienti che non presentano stenosi o malattie

cv. Non sono attualmente definiti valori soglia standardizzati di IMT associabili a un aumento di eventi vascolari, sebbene sia noto che valori superiori a 0.9 mm correlano con un aumento del rischio indipendentemente dall'età del soggetto e dell'anamnesi.

La prova dell'importanza di questo parametro viene dall'evidenza della regressione dell'IMT descritta in trial terapeutici con statine e farmaci antipertensivi, che è associata a una riduzione dell'incidenza degli eventi cardiovascolari.

È normale prassi clinica la misura dell'IMT carotideo, molto meno quella dell'IMT femorale. Questo ultimo sembra presentare una più stretta correlazione con le lesioni coronariche.

Accanto all'IMT un ulteriore parametro da tenere presente e che dovrebbe rientrare nella routine ambulatoriale è la misura dell'indice di Winsor.

L'indice caviglia braccio andrebbe valutato sicuramente nel paziente che soffre di patologie cardiovascolari, diabete o anche solo nel paziente che presenta fattori di rischio cardiovascolari.

Abbiamo avviato uno studio nel nostro ambulatorio di Medicina Generale per la valutazione ecografica dell'IMT (considerando anche se presente la registrazione degli IMT precedenti allo studio) correlato con l'ABI (tramite la pressione arteriosa) rispettivamente nei seguenti gruppi di pazienti:

- pazienti sani;
- pazienti ipertesi;
- pazienti diabetici;
- pazienti con pregresso evento vascolare;
- pazienti con vasculiti autoimmuni.

Nel congresso presenteremo i risultati ottenuti dello studio che è attualmente in corso.

Trattamento con statine nei soggetti anziani: prevenzione o over treatment?

Federica Ponzi, Bernardino Bruno, Federica Tancredi, Marina Martella

La diminuzione delle LDL rappresenta un importante intervento di prevenzione primaria in tutte le fasce di età, anche in quelle considerate a maggior rischio cardiovascolare, ovvero nelle persone più anziane.

Nonostante questo non ci sono studi che dimostrano una diminuzione della mortalità complessiva.

L'ipercolesterolemia e il trattamento con statine sono tutt'ora molto comuni nelle persone con più di 75 anni, ma l'eterogeneità clinica in questo gruppo di persone è ampia, e la decisione di iniziare il trattamento dovrebbe essere diverso rispetto alle persone più giovani.

Qual è il comportamento negli studi di Medicina Generale?

Sono stati analizzati i pazienti afferenti presso l'UCCP di Montereale (AQ): di questi il 21% è in terapia con farmaci ipolipemizzanti. Quali sono le fasce di età trattate? Il 56% ha meno di 75 anni e rappresenta la fascia di età più studiata nella letteratura medica. Dai 75 anni in su il trend di utilizzo dei farmaci ipolipemizzanti raggiunge un plateau nella fascia 80-84 anni, tende poi a diminuire dopo i 90 anni: il 5% dei pazienti trattati infatti ha fra 90 e 97 anni.

Le linee guida ACC/AHA supportano la continuazione delle statine oltre i 75 anni in persone che già assumono e tollerano il farmaco.

La maggior parte dei trial di studio sulle statine comprende individui con meno di 70 anni, l'unica eccezione è rappresentata dallo studio PROSPER, che ha incluso soggetti con più di 70 anni con fattori di rischio cardiovascolari o evidenza clinica di patologia cardiovascolare. Questo studio ha dimostrato una diminuzione della mortalità da cause cardiovascolari ma non una riduzione della mortalità globale.

Inoltre andrebbe differenziato il trattamento tra prevenzione secondaria (con evidenze in letteratura) e prevenzione primaria (l'evidenza clinica nei trial è meno forte). A questo punto il razionale nell'utilizzo delle statine nei soggetti Elderly dovrebbe tenere conto del rapporto rischi (alterazione del metabolismo, comorbidità, politerapia, interazioni farmacologiche, effetti collaterali, limitazioni cognitive, costi) e benefici (prevenzione aterosclerosi, prevenzione cardiovascolare, riduzione degli stroke).

Il trattamento con statine per prevenire le complicanze da malattia aterosclerotica dovrebbe iniziare molto prima dei 75-80 anni, e l'età non rappresenta un motivo per cui interrompere la terapia con statine, sicuramente l'utilizzo è giustificato nella prevenzione secondaria, andrebbe attentamente valutato prima nella prevenzione primaria.

Da non dimenticare è l'effetto paradossale relativo ai bassi livelli di colesterolo: bassi livelli di colesterolo nei soggetti anziani sarebbe associato con un aumento del rischio di mortalità.

Le persone con più di 75 anni sono biologicamente molto eterogenee, si va da pazienti istuzionalizzati con demenza a individui robusti. Andrebbero considerate nei trial clinici delle caratteristiche (fragilità, multimorbidità, politerapia, maggiore vulnerabilità agli effetti avversi, mortalità competitiva, ecc.), che di solito non vengono prese in considerazione, e tali pazienti vengono esclusi negli studi randomizzati. Anche la prevenzione può essere inutile, se iniziata troppo tardi, ad esempio in pazienti con demenza, insufficienza cardiaca o renale. D'altro canto,

se utilizzate in persone a basso rischio, gli effetti avversi dei farmaci possono superare i benefici. Nei soggetti anziani definiti fragili bassi livelli di colesterolo sembrerebbero correlare con il declino cognitivo, con patologie subcliniche come il cancro. L'infiammazione è mediata dalle interleuchine, che aumentano i recettori delle LDL che conducono a un più basso livello di LDL. Non dimentichiamo che il colesterolo rappresenta un elemento fondamentale per la funzione cellulare. Uno studio pubblicato su *JAMA Internal Medicine* confronta il rischio relativo di morte, IMA e stroke con il rischio assoluto degli stessi: la riduzione del rischio assoluto derivante dall'assunzione di statine era modesta rispetto alla riduzione del rischio relativo. La riduzione del rischio relativo per coloro che assumevano statine rispetto a coloro che non le assumevano era del 9% per i decessi, del 29% per gli attacchi di cuore e del 14% per gli ictus. Tuttavia la riduzione assoluta del rischio di morte, infarto o ictus è stata rispettivamente di 0,8%, 1,3% e 0,4%.

Fare affidamento sul rischio relativo, che è numericamente più impressionante, anziché assoluto, può portare sia i medici che i pazienti a sopravvalutare i benefici degli interventi.

Occorrerebbe rivalutare paziente per paziente tutti gli over 80 e decidere in quale caso il rapporto rischio beneficio pende verso il secondo.

Polifarmacoterapia, deprecrizione e armonizzazione terapeutica nel paziente anziano

Alessandra Pugliese

Medico di Medicina Generale

INTRODUZIONE: In Italia un cittadino su quattro ha più di 65 anni. Per il medico di medicina generale (MMG) questo dato è significativo poiché l'invecchiamento si associa spesso a un accumulo di fattori di rischio e patologie e, conseguentemente, al ricorso a un elevato numero di farmaci nello stesso soggetto. Le polifarmacoterapie che ne derivano, intese come assunzione di cinque o più medicinali da parte dello stesso paziente, presentano diversi potenziali rischi, fra cui reazioni avverse per interazione tra principi attivi, errori nell'assunzione e minore aderenza terapeutica.

Questo lavoro si è proposto di studiare la prevalenza di comorbidità e polifarmacoterapie nell'anziano, servendosi dei dati raccolti dai Sistemi di Sorveglianza Epidemiologica dell'ISS¹ e dall'Osservatorio OsMed dell'AIFA sull'impiego dei medicinali². Secondo queste fonti la presenza di due o più patologie caratterizza già il 75% dei sessantacinquenni e la quasi totalità degli

ultraottantenni. Per quanto riguarda le polifarmacoterapie, nel 2020 il 65,8% degli over 65 ha assunto 5 o più sostanze, con una media di 8 negli over 80.

In seguito, si è posto l'obiettivo di definire gli interventi di deprescrizione, ricognizione, riconciliazione e armonizzazione terapeutica e di approfondire gli strumenti di cui il MMG può servirsi nella pratica clinica per gestire al meglio questa casistica di pazienti.

Infine, tentando di dare un risvolto pratico, ha valutato la possibilità di attuare un intervento proattivo su questo *target* di pazienti in qualità di MMG. A tale scopo, tra ottobre 2021 e febbraio 2022, sono state esaminate l'attività prescrittiva e la popolazione di assistiti di un'équipe di MMG della città di Savigliano (CN). Un *case study* che ha consentito di analizzare una realtà concreta e ragionare su un modello teorico di intervento.

MATERIALI E METODI: I dati sulla spesa farmaceutica sostenuta dall'équipe nel trimestre ottobre-dicembre 2020, forniti dalla Farmacia Territoriale, sono stati rapportati con quelli relativi all'intera ASL CN1 e al Distretto Nord Est della stessa, nel quale operano i medici coinvolti. Come indicatori sono stati considerati i valori di spesa pro capite per sei categorie di farmaci a impiego cronico (PPI, antipertensivi, antidislipidici, antidepressivi, inalatori per la BPCO e vitamina D). La percezione dell'argomento da parte dei colleghi reclutati è stata indagata con un questionario appositamente formulato e articolato in una decina di domande a risposta multipla.

Sul totale di 15.803 assistiti in carico all'équipe è stata selezionata la popolazione di 1.422 ultraottantenni, sulla quale è stato condotto uno studio osservazionale descrittivo, analizzando i dati anagrafici e clinici estratti dalle cartelle informatiche tenute dai rispettivi curanti. In tale campione sono stati individuati 612 soggetti in polifarmacoterapia candidabili a una revisione delle terapie in atto. Questi pazienti politrattati sono stati ulteriormente differenziati per età (80-85 oppure > 85 anni) o per numero di sostanze assunte (5-8 oppure > 8 farmaci), al fine di valutare la numerosità di tali potenziali sottogruppi di intervento.

RISULTATI: La spesa farmaceutica dell'équipe è risultata nella maggior parte delle categorie inferiore a quella sostenuta dal totale dell'ASL CN1 e del Distretto di appartenenza.

Degli ultraottantenni considerati, il 43% (612) è risultato in polifarmacoterapia e il 21,9% (311) con più di 8 sostanze al giorno. Considerato questo numero significativo di pazienti eleggibili a una revisione terapeutica, si è cercato di individuare due sottocategorie a cui dare priorità: i soggetti ultraottantacinquenni, nei quali la

deprescrizione può trovare maggior indicazione per ridotta aspettativa di vita, o quelli in terapia con più di otto farmaci, per i quali sono più probabili errori di assunzione, effetti avversi e interazioni. Non è emersa differenza significativa in termini di numerosità tra i due sottogruppi (307 vs 311).

CONCLUSIONI: I dati sulla spesa farmaceutica analizzati denotano già un impegno dei colleghi a controllare le prescrizioni dei farmaci a impiego cronico, anche grazie alla supervisione dell'ASL sul rispetto delle note AIFA e dei criteri di appropriatezza. Dalle risposte al questionario e dalle occasioni di confronto con i colleghi, è comunque emerso un loro interesse ad approfondire ulteriormente le tecniche di deprescrizione con il proposito di valutarne l'applicazione nei propri pazienti politrattati. Nel tentativo di dar seguito a questo loro intento, assieme alle conclusioni di questi studi preliminari sono state presentate all'équipe anche due esperienze già avviate da cui poter partire: il "Progetto per la sicurezza della terapia" nell'ASL CN1 e l'ambulatorio "De.R.T. - Deprescrizione e Riconciliazione Terapeutica" nell'ASL TO3, con i quali si condivide l'intento di migliorare la gestione delle polifarmacoterapie. Tuttavia, la numerosità elevata di pazienti da seguire e la mancanza di tempo a disposizione nel *setting* della Medicina Generale, al momento, hanno rappresentato un deterrente per l'attuazione di progetti strutturati che coinvolgano l'intera équipe.

In autonomia, da giugno 2022, come MMG sto portando avanti da giugno il proposito di intervenire sugli assistiti più a rischio, con interventi di revisione terapeutica durante le visite ambulatoriali e domiciliari e attività di monitoraggio nel tempo dei casi più complessi con il supporto della piattaforma INTERCheck.

¹ I progetti "PASSI" e "PASSI d'Argento".

² I rapporti "L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2020" e "L'uso dei farmaci nella popolazione anziana in Italia".

"Alimentazione" state of mind. Il medico di medicina generale e l'ortoressia

Lupo Giacomo Pulcino

RAZIONALE: Con il termine di "Ortoressia Nervosa", si intende un nuovo tipo di disordine alimentare che vede le persone "ossessionate" da una alimentazione che consenta loro di migliorare la salute attraverso la ricerca maniacale per i cibi "buoni" e si caratterizza per una eccessiva attenzione per la qualità del cibo, piuttosto che per la quantità (come avviene per la

anoressia nervosa e la bulimia). La *Swiss Food Association* ha lanciato l'allarme per le preoccupanti dimensioni che sta raggiungendo il disturbo tra le popolazioni, soprattutto dei Paesi Occidentali, che coinvolge in primis il medico di medicina generale, ma anche psichiatri, psicologi, Centri per la Cura dei Disturbi dell'Alimentazione.

OBIETTIVO: Definire l'entità del problema "ortoressia nervosa", nel setting della medicina generale, attraverso un attento studio della prevalenza del disturbo e delle comorbidità correlate sapendo riconoscere e valutare il disturbo del comportamento alimentare mediante l'ausilio di questionari specifici.

METODO: Un gruppo di medici di medicina generale ha sottoposto il questionario per la diagnosi di ortoressia nervosa, denominato "Orto15", proposto da Donini et al., a pazienti di età compresa tra i 17 e i 50 anni e, contestualmente, ha compilato un foglio notizie inerente le maggiori comorbidità del disturbo quali alcune patologie della sfera psichica e del metabolismo.

RISULTATI: Sono stati raccolti 400 questionari. Il 12,5% della popolazione in esame soffre di un disturbo della sfera psichica (disturbo ansioso-depressivo, DOC) e 10% di un disturbo del metabolismo (diabete mellito, dislipidemie). Il 45% della popolazione in esame è normopeso, il 30% è in sovrappeso, il 9% è obesa e il 16% è sottopeso.

Dalla elaborazione dei dati si evidenzia che:

- 71,4% (risposta n. 6) delle persone è disposta a spendere di più per avere un cibo salutare;
- 73% (risposta n. 12) delle persone considera che il mangiar "sano" migliori il proprio aspetto;
- 85,1% (risposta n. 14) delle persone pensa che nei supermercati NON vi siano cibi salutari;
- 67,7% (risposta n. 4) afferma che la scelta del cibo è condizionata dalla "paura" circa il proprio stato di salute;
- 60% (risposta n. 9) afferma che gli stati affettivi incidono sul proprio comportamento alimentare;
- 65% delle persone si sente in colpa quando trasgredisce.

In conclusione:

- 4% persone presentano una diagnosi franca di ortoressia nervosa;
- 11% persone presentano una elevata potenzialità ad ammalarsi di ortoressia.

Il lavoro è servito a verificare che l'alimentazione non sempre è posta nella giusta dimensione e che per alcuni sta diventando una ossessione per cui necessita, negli individui predisposti, di urgenti interventi di "prevenzione".

La vaccinazione dTpa nel setting della Medicina Generale

Stefano Tafi

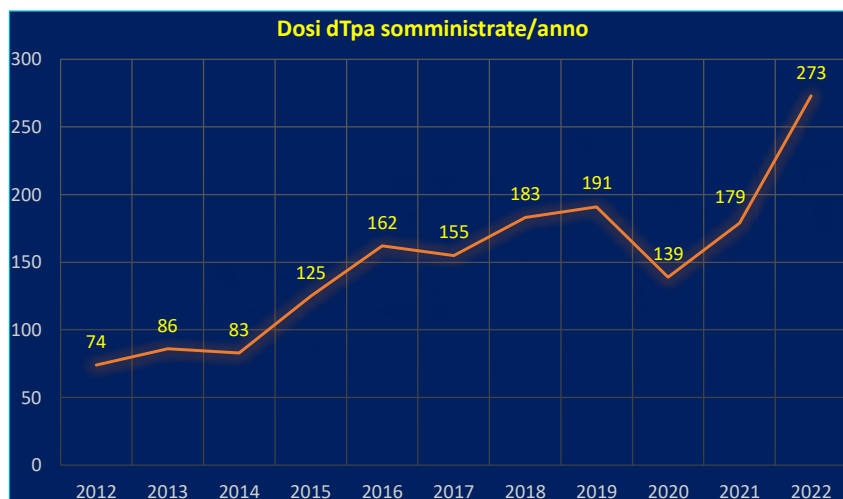
MMG Buggiano (PT), SIMG Pistoia

INTRODUZIONE: La vaccinazione dTpa è prevista dal PNPV 2017/2019 per tutti gli adulti ogni 10 anni e alle donne durante ogni gravidanza (alla 28ª settimana di gestazione). Non esistono attualmente in letteratura dati sulla copertura della popolazione adulta forniti dalla MG. Molti pazienti sfuggono alla vaccinazione a causa delle difficoltà oggettive di effettuarla presso i centri vaccinali ASL e a causa della mancanza di un richiamo attivo dopo l'età adolescenziale. Partendo da questa osservazione il gruppo medici "Buggiano" ha iniziato nel 2022 un progetto che permette di vaccinare la popolazione candidata direttamente nella propria sede della Casa Della Salute. I vaccini vengono messi a disposizione dei MMG da parte della Azienda USL Toscana Centro e la campagna avviene utilizzando a supporto il personale di segreteria e infermieristico del gruppo stesso. Compito del MMG è quello di arruolare attivamente i pazienti che risultano non in regola con la vaccinazione dTpa, acquisire il consenso alla vaccinazione, controllare l'anamnesi pre-vaccinale (se positiva) e autorizzare la vaccinazione infine garantire la presenza di almeno un medico del gruppo in struttura durante le sedute vaccinali. Il personale infermieristico si occupa della raccolta dell'anamnesi prevaccinale e (se negativa o dopo autorizzazione del MMG se positiva) procede alla somministrazione del vaccino con successiva registrazione sul portale regionale SISPC, sincronizzato con i gestionali dei MMG. Eventuali reazioni avverse immediate sono gestite dal medico presente in struttura con il supporto del personale infermieristico. Eventuali reazioni avverse ritardate e segnalazioni di farmacovigilanza sono gestite dal MMG. Il personale di segreteria si occupa della gestione degli appuntamenti delle sedute vaccinali e dell'accoglienza degli utenti in struttura.

MATERIALI E METODI: È stato rilevato tramite estrazione dalla anagrafe vaccinale informatizzata della Regione Toscana (SISPC) la copertura per dTpa (per i medici che hanno fornito i dati in tempo utile: 5 su 7) dal 2012 al 2022 e sono state confrontate le vaccinazioni somministrate prima e dopo l'inizio del progetto.

RISULTATI: Lo studio ha preso in esame 6347 utenti, assistiti dai 5 MMG che hanno fornito i dati in tempo utile. È risultato che 1377 (21,7 % del totale) utenti sono in regola con il calendario vaccinale, avendo eseguito un richiamo

FIGURA 1.



negli ultimi 10 anni. Il numero di somministrazioni annue medie negli ultimi 10 anni è stato di 137,7 vaccinazioni/anno. Nei primi 8 mesi del 2022 sono state somministrate 182 dosi il che consente di stimare una proiezione di 273 dosi somministrate nell'anno con un incremento del 99,7 % rispetto alla media degli anni dal 2012 al 2021 e un incremento del 52,51 % rispetto al 2021 (Fig. 1).

CONCLUSIONI: La somministrazione diretta del vaccino dTpa da parte del gruppo di MMG "Buggiano", con l'ausilio del proprio personale di studio e infermieristico, ha portato a un incremento delle vaccinazioni somministrate su base annua stimato nel + 99,7% sulla media delle dosi somministrate nel periodo 2012-2021 confermando l'ipotesi alla base del progetto e permettendo di puntare a ottenere dei tassi di copertura vaccinale soddisfacenti anche nell'adulto.

Abstract

Eleonora Tron

INTRODUZIONE: Il *Chronic Care Model* è un approccio innovativo per la cura delle cronicità, che vede nella Medicina di Iniziativa la possibilità della presa in carico del paziente a 360° nel setting delle cure primarie. La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una patologia cronica che colpisce in Italia circa 3.5 milioni di persone, il decorso della malattia è generalmente progressivo ed è la terza causa di mortalità nel mondo. La diagnosi proattiva e la riduzione dei fattori di rischio, tramite la promozione di stili di vita salubri, possono ridurre l'impatto della BPCO sulla vita dei pazienti. Sulla base di queste premesse, nasce il PDTA interaziendale

dell'ASL TO3 - Piemonte per la BPCO, progetto che coinvolge il medico di medicina generale (MMG), l'infermiera di famiglia e comunità (IFeC) e lo specialista. L'intento del PDTA è attuare un progetto di presa in carico proattiva dei cittadini mediante counselling individuali e incontri di gruppo per approfondimenti diagnostici e programmi di educazione ed *empowerment*. L'obiettivo di questo studio è un'analisi del PDTA realizzato nel Distretto Pinerolese negli anni 2018-2020, per poter proporre dei correttivi dal punto di vista del MMG.

MATERIALI E METODI: Sono stati contattati telefonicamente 266 soggetti che hanno aderito al PDTA (campione statisticamente significativo con un livello di confidenza del 95% e un intervallo di confidenza del 5% considerando i 789 pazienti validati nel progetto) e sono state consultate le relative schede anamnestiche e vaccinali. Inoltre, sono stati posti dei questionari ai curanti, alle infermiere e agli pneumologi coinvolti. Confrontando i dati raccolti con la letteratura disponibile, si è sviluppata un'analisi del PDTA.

RISULTATI: Tra i *successi* si annoverano: il 38% dei pazienti riferisce un miglioramento dell'adesione alla terapia grazie alla verifica dell'utilizzo del device; il 18% dei fumatori attivi ha smesso di fumare e il 35% ha ridotto; il 50% dei pazienti svolge regolarmente esercizi di fisioterapia respiratoria come gli è stato insegnato; si ha una prevalenza del 90% per la vaccinazione antinfluenzale (50% nella popolazione target in Italia) e del 60% per il vaccino antipneumococcico 13 valente [non è stato possibile ottenere i dati regionali, ma secondo Health Search (HS) è vaccinato soltanto il 5% della popolazione target]. Tra gli *insuccessi* si riscontrano: un problema nel case

finding, infatti, solo il 9% dei pazienti arruolati sono nuove diagnosi; la mancata definizione del ruolo del curante, che ha così perso di centralità (la maggiore criticità, secondo il 37% dei MMG intervistati); il fallimento del counselling per la dieta, infatti, il 37% dei pazienti non ha manifestato nemmeno l'interesse ad avvicinare il problema "sovrappeso", cosiccome quello per lo svolgimento regolare di attività fisica, la cui prevalenza è sovrapponibile alla popolazione generale. Nelle *problematiche* si identificano: la scarsa alfabetizzazione sanitaria tra gli utenti, per cui gli studi dimostrano una conoscenza della gravità della malattia in meno del 20% dei casi; la sottodiagnosi della BPCO nelle cure primarie (le diagnosi nel Distretto in analisi dovrebbero essere circa 7500, mentre è stato raggiunto appena un decimo della popolazione target) con conseguente inadeguato trattamento (secondo i dati di HS la prevalenza dell'uso dei farmaci respiratori era del 46% nel 2020 e in questo studio lo pneumologo ha modificato il 40% delle terapie); i rapporti tra le varie figure professionali e il mancato dialogo ospedale-territorio, riferiti come principale criticità da tutti gli attori in causa. In relazione a quanto emerso, le *proposte* sono: sviluppare un programma in grado di intersecare i dati per agevolare il *case finding* (dato fumo, età, la prescrizione di antibiotici in concomitanza di episodi bronchitici); promuovere la consapevolezza di malattia fornendo opuscoli informativi sulla patologia nello studio del MMG; creare un ambulatorio dedicato per la prima visita dal MMG e prevedere la stratificazione dei pazienti tramite l'IFeC; cercare uno spazio nelle scuole dell'infanzia per educare a un corretto stile di vita per quanto riguarda l'alimentazione e l'attività fisica, poiché sono aspetti ostici, su cui non si riesce a incidere in età adulta; la valorizzazione della nota 99, nuovo strumento nelle mani dei curanti per migliorare la capacità di diagnosi e di terapia; la prosecuzione degli incontri di gruppo, che hanno visto interessati il 55% degli invitati; la possibilità di organizzare dei meeting online tra le varie figure professionali a diversi livelli, creando uno spazio di dialogo e confronto che possa abbattere la distanza tra i professionisti.

CONCLUSIONI: Il *Chronic Care Model* è il futuro della Medicina Generale ed è fondamentale sviluppare dei progetti che possano promuovere la Medicina di Iniziativa nella cultura dei curanti e dei pazienti, il PDTA in analisi ne è un esempio, presenta però delle criticità che era obiettivo di questo studio individuare con la conseguente proposta di correttivi.

La diagnosi di sindrome metabolica nello studio del medico di medicina generale attraverso la medicina di opportunità

Carolina Vairoletti, Simone Benedetto, Andrea Pizzini

INTRODUZIONE, EPIDEMIOLOGIA, DIAGNOSI,

TERAPIA: La sindrome metabolica è un quadro clinico complesso caratterizzato dalla presenza contemporanea di più fattori di rischio cardiovascolare (CV). Coloro che ne soffrono hanno un maggior rischio di sviluppare diabete di tipo 2 e di avere un evento CV. Tra le cause responsabili sia l'insulina resistenza sia l'obesità centrale sono considerati i fattori più significativi.

Si stima che circa il 40% degli adulti dai 40 anni in su ha la sindrome metabolica. Molti casi continuano a essere non diagnosticati e quindi non trattati. L'elevata prevalenza di sindrome metabolica dovrebbe indurre a ricercare i casi in gran parte della popolazione generale. Sovrappeso/obesità, elevata circonferenza addominale, ipertensione, iperlipidemia e iperglicemia possono essere i primi indicatori di sindrome metabolica. Secondo *The National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III report* (ATP III) la presenza contemporanea di 3 dei 5 criteri elencati nella Tabella seguente conduce alla diagnosi.

Risk Factor	Defining Level
Abdominal obesity, given as waist circumference*†	
Men	>102 cm (>40 in)
Women	>88 cm (>35 in)
Triglycerides	≥150 mg/dL
HDL cholesterol	
Men	<40 mg/dL
Women	<50 mg/dL
Blood pressure	≥130/≥85 mm Hg
Fasting glucose	≥110 mg/dL‡

Pur essendo noto che il valore della circonferenza addominale è indicativo del rischio di morbilità e mortalità per eventi CV indipendentemente dal valore di BMI, continua a essere un parametro poco valutato nella pratica clinica quotidiana.

Nei pazienti con sindrome metabolica, raccomandazioni di livello 1 indicano che bisogna intervenire in prima linea con modifiche dello stile di vita, favorendo una diminuzione di peso ≥ 5% e favorendo attività fisica quotidiana come la camminata veloce. Diverse evidenze suggeriscono che, indipendentemente da sesso, età e etnia, una diminuzione dell'introito calorico con la dieta o un aumento della spesa energetica attraverso l'esercizio fisico, sono associati a una sostanziale riduzione della circonferenza vita.

OBIETTIVI: Questa tesi si propone di approfondire l'importanza della medicina d'opportunità, nel setting della medicina generale, per la diagnosi di sindrome metabolica, spesso misconosciuta, partendo dalla sola misurazione della circonferenza addominale. Inoltre è obiettivo di questa tesi fare un'analisi epidemiologica delle variabili analizzate, su tutti i pazienti arruolati, verificandone l'impatto e quindi l'importanza in termini di prevenzione di rischio CV.

MATERIALI E METODI: Sono stati arruolati 19 pazienti, di cui 4 uomini e 15 donne, tra i 40 e i 69 anni, con circonferenza vita > 88 cm nelle donne e >102 cm negli uomini, non ipertesi/diabetici/dislipidemicici in terapia. Nel corso della visita si è provveduto a: raccogliere un'anamnesi dettagliata, ponendo particolare attenzione a fumo e eventuali comorbidità; misurare la circonferenza vita (a livello del bordo superiore della cresta iliaca), peso, altezza e calcolare quindi il BMI; valutare la pressione arteriosa; analizzare gli ultimi ematochimici eseguiti, ponendo particolare attenzione a colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi e glicemia a digiuno. Seguendo i criteri ATP III, in presenza di almeno 3 criteri è stato diagnosticato il quadro di sindrome metabolica. Per ogni paziente arruolato è stato calcolato il RCV. A tutti i pazienti sono state fornite indicazioni su modifiche dello stile di vita. In alcuni è stata avviata una terapia farmacologica.

RISULTATI: Dallo studio condotto è emerso che:

- su 19 pazienti arruolati, la prevalenza di sindrome metabolica è del 52,6%, dato che conferma come, in 1 caso su 2, la sindrome metabolica sia ancora non diagnosticata;
- nessun paziente è normopeso, 8 sono sovrappeso, 8 sono obesi di grado I, 3 sono obesi di grado II e di questi il 100% ha la sindrome metabolica;
- 11 pazienti sono ipertesi (e non sapevano di esserlo), 9 hanno trigliceridi ≥ 150 mg/dl, 9 hanno colesterolo HDL < 50 mg/dl F / < 40 mg/dl M, 3 hanno glicemia >100 mg/dl. Dei pazienti con livelli di trigliceridi ≥ 150 mg/dl, *primum movens* per l'instaurarsi di insulina resistenza, il 100% ha la sindrome metabolica.

CONCLUSIONI: Questo studio dimostra che con la medicina d'opportunità, partendo solo dalla misurazione della circonferenza vita, in 1 paziente su 2 può essere diagnosticato il quadro di sindrome metabolica; inoltre questo studio dimostra che in tutti i pazienti arruolati, sempre attraverso la medicina d'opportunità, considerare fattori quali il BMI, la pressione arteriosa e i valori degli ematochimici, consente di diagnosticare quadri di sovrappeso, obesità, ipertensione e iperlipidemia precedentemente non noti, permettendo così, migliorando lo stile di vita, di ridurre il rischio di futuri eventi CV.